

Série Verte

Collection

Cours en QCM

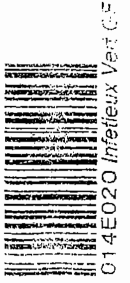
MALADIES INFECTIEUSES

QROC et Cas cliniques Corrigés

2005 - 2014

1ère Edition 2016

Groupés et assemblés par : Dr. M. Mohamed



Edition New Line

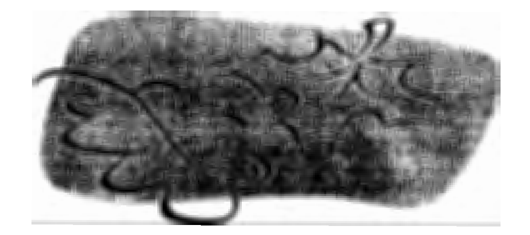
Préface

Ce fascicule « Cours en QCM » de ***Maladies infectieuses,*** *a un but essentiellement pragmatique : aider les étudiants dans leur préparation en vue de l'examen,* ***il ne*** *constitue en aucune manière un traité complet de* ***Maladies infectieuses****.*

Mais présente sous un faible volume et avec un accès facile, l'ensemble des connaissances qu'un enseignant de faculté de médecine. Dans cet esprit, ce fascicule est conforme à la notion de ***Maladies infectieuses****, qui régit* ***aujourd'hui*** *la pédagogie des facultés de médecine.*

Il tient compte de l'évolution des modalités d'examens et de leur préparation, en substituant aux classiques questions rédactionnelles, un ensemble de Questions dont la liste concernant telle ou telle pathologie,

Néanmoins dans un souci de clarté et afin de simuler au maximum les conditions modernes de contrôle de connaissances.



Sommaire

1. MORSURES ET GRIFFURES PAR UN MAMMIFERE

QROC

1. *P3/ 2012 Question N° : 1*

1. Un adulte jeune âgé de 26 ans et pesant 75 kg, dont le dernier rappel DT remonte à plus de 8 ans, consulte pour une morsure de la main occasionnée par un chien errant. Quelle est votre CAT ?

- Vaccination immédiate avant de déclarer la maladie.
- Soins locaux : désinfecter la plaie à l'eau de javel efficace et ne pas suturer la plaie.
- Apprécier le risque de contamination par l'animal : isoler pendant 2 semaines et libérer 3 certificats : J0, J7, J14

→ Si l'animal ne meurt pas ⇒ il n'est pas enragé.
→ S'il meurt ⇒ abattre la tête et l'envoyer à l'anapath.

- Sérum Anti Rabique : sérum : dose 40 u/kg = 3000 unités avec méthode de Besredka
- Vaccin : 7 injections : J0 à J6 + 4 rappels en intra dermique J10, J14, J29 et J89.

2. *P2 /2010 Question N° : 5*

Quelle est votre CAT devant une morsure de chien localisée à la face chez une patiente âgée de 42 ans, et pesant 60 kg ?

- Vaccination immédiate avant de déclarer la maladie.
- Soins locaux : désinfecter la plaie à l'eau de javel efficace et ne pas suturer la plaie.
- Apprécier le risque de contamination par l'animal : isoler pendant 2 semaines et libérer 3 certificats : J0, J7, J14

→ Si l'animal ne meurt pas ⇒ il n'est pas enragé.
→ S'il meurt ⇒ abattre la tête et l'envoyer à l'anapath.

- Puisque la morsure touche la face ⇒ elle est grave donc traitement : Sérovaccination : sérum : dose 40 u/kg = 2400 unités avec méthode de Besredka : 0.1 ml → (15min) pas d'allergie → 0.25 ml → (15 min) pas d'allergie → on injecte la dose totale en deux endroits différents : ½ en SC et ½ autour de la plaie.
- Vaccin : 7 injections : J0 à J6 + 4 rappels en intra dermique J10, J14, J29 et J89.

3. *P5 / 2010 Question N° : 3*

Rédigez la fiche thérapeutique d'un patient âgé de 35 ans, victime d'une morsure unique superficielle du mollet droit par un chien errant en fuite :

Vaccination seule :
- 7 injections : J0, J1, J2, J3, J4, J5, J6 en sous cutané
+ 4 rappels : J10, J14, J29, J89 en intra dermique.

2. STAPHYLOCOCCIES

QROC

1. *P1 / 2011 Question N° : 4*

Devant une cellulite de la face, citez quatre (04) éléments cliniques évocateurs d'une staphylococcie maligne de la face :

- Cellulite diffuse sans bourrelet périphérique.
- Chimosis.
- Exophtalmie.
- Thrombose des veines frontales.

2. *P4 / 2009 Question N° : 3*

Rédigez la fiche thérapeutique antibiotique d'un patient âgé de 40 ans, pesant 70 kg, qui présente une septicémie à Staphylocoque communautaire :

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Bi-antibiothérapie bactéricide, synergique, en IV, à durée de 6 semaines au minimum :
  * Oxacilline 200 x 70 = 14 g/j, 4 x j, pendant 2 semaines IV.
  * Gentamycine en IM pendant 10 jours, 2 x j, à dose de 2 mg/kg/j donc 140 mg/j en IM.
  * Puis pour Oxacilline à la 2ème semaine : relais per os par Spiramycine 100 mg/kg/j = 7 g/j pendant 4 semaines.
  * Si le germe est SMR : Vancomycine 60 mg/kg/j, 60 x 70 = 4.2 g/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines.
- Rechercher et traitement de la porte d'entrée.
- Levé précoce.
- Surveillance clinique.

3. *P1 / 2008 Question N° : 2*

Devant un placard érythémateux de la face, quels sont les arguments cliniques en faveur d'une staphylococcie maligne de la face ?

→ Porte d'entrée : furoncle manipulée par manœuvre intempestive.
→ Syndrome septicémique :
- Fièvre + frisson.
- Hépatomégalie.
- Splénomégalie molle modérée (type I ou II), congestive ou indolore.
- Pâleur + altération d'état général.
- Cellulite d'hémiface sans bourrelet inflammatoire, parsemé de vésicule et pustule.

→ Le mode de début brutal et l'évolution suraigüe.
→ Les signes de malignité :
- Chimosis.
- Exophtalmie.
- Thrombose des veines ophtalmiques et frontales.
- Abcès cérébral après thrombose du sinus caverneux.

4. *P3 / 2008 Question N° : 4*

Rédigez la fiche thérapeutique antibiotique d'une patiente âgée 35 ans, pesant 60 kg, qui présente une septicémie à staphylocoque communautaire :

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord et mise en condition.
- Double antibiothérapie à dose bactéricide, synergique, anti-staphylocoque, par voie parentérale : Oxacilline 200 mg/kg/j = 12 g/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines avec un relais à la 2ème semaine par Spiramycine 6 g/j per os.
- Gentamycine à dose 80 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours.
- Rechercher la porte d'entrée et la traiter, exemple : Panaris.
- Surveillance clinique.

5. *P2 / 2006 Question N° : 4*

Devant un tableau de cellulite de la face, quels sont les arguments cliniques qui plaident en faveur d'une staphylococcie maligne de la face ?

→ Signe de malignité :
- Chimosis
- Exophtalmie
- Thrombose des veines frontales et ophtalmiques.

→ Risque d'abcès cérébral par thrombose du sinus caverneux.
→ Porte d'entrée : furoncle manipulée de face de manière intempestive.
→ Syndrome septicémique :
- Fièvre + frisson.
- Pâleur + altération d'état général.
- Cellulite d'hémiface, sans bourrelet inflammatoire, parsemé de vésicules et pustules.
- SPM septicémique : molle, de volume modéré I ou II, congestive.

→ Mode de début brutal.

CAS CLINIQUES

6. *P2 / 2011 Cas clinique n°2*

Un adolescent de 15 ans, pesant 50 kg, sans antécédents pathologiques, est amené par ses parents aux urgences pour les symptômes suivants :

- **Fièvre élevée associée à des frissons, apparue la veille au soir.**
- **Douleur vive localisée à la jambe gauche avec difficulté à la marche.**

*** A l'examen clinique :**

- **EG altéré, T° = 40°C, FC = 130/mn, FR = 32/mn, TA = 10/06 cmHg.**
- **Présence d'une paie suppurée au niveau du talon gauche.**
- **La jambe gauche est chaude, douloureuse à la mobilisation.**
- **La rate est palpable.**
- **Le reste de l'examen est sans particularités.**

*** Bilan pratiqué en urgence :**

- **NFS : GB = 18.000/mm³ (75% PNN), Hb = 10 gr/dl, Plq = 250.000/mm³.**
- **CRP +, VS = 55/80.**
- **Radiographie de la jambe : sans anomalies.**
- **Radiographie pulmonaire : présence de 2 foyers parenchymateux au poumon droit.**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1er lieu ?

- Staphylococcémie à porte d'entrée cutanée et localisation secondaire osseuse et pulmonaire.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre + polypnée + tachycardie.
- EG altéré.
- Début progressif (la veille).
- Aspect inflammatoire de la jambe : rouge, chaude, douloureuse.
- Porte d'entrée : plaie suppurée au talon gauche.
- Hyperleucocytose à PNN.
- CRP (+) et VS ↑.
- Radiographie pulmonaire : 2 foyers parenchymateux.

c. Quel(s) examen(s) pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémocultures répétées, aux pics thermiques, avant toute antibiothérapie.
- Antibiogramme.
- Prélèvement de la porte d'entrée.
- Radiographie après 10 jours → retard à la clinique.

d. Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord.
- Antalgique pour soulager la douleur.
- Double ATB bactéricide, synergique : Oxacilline + Gentamycine si germe SMS. Si non Vancomycine → SMR. Oxacilline 200 mg/kg/j en IVD (à dose 200 x 50 = 1 g/j), 4 x j, pendant 2 semaines puis relais à la 2ème semaine par Spiramycine per os 100 mg/kg/j = 5 g/j.
- Levée précoce + injection Lovenox/j.

- Rééducation articulaire.
- Radio de contrôle.

7. *P1 / 2009 Cas clinique n°2*

Une femme âgée de 32 ans, originaire de Msila, consulte aux urgences pour fièvre d'installation brutale.

*** A l'interrogatoire :**

- Notion d'une valvulopathie rhumatismale diagnostiquée à l'âge de 8 ans

- Profession : ouvrière

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré

- T° = 39°5 C, FC = 125/mn, TA = 10/06 cm Hg, FR = 38/mn

- Panaris à l'index droit

- Rate palpable sous le rebord costal

- Souffle d'IM (Insuffisance mitrale) de 4/6

- Le reste de l'examen est sans particularités

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Staphylococcémie à porte d'entrée cutanée.

b. Quels sont vos arguments ?

- Altération de l'état général.
- Panaris : porte d'entrée.
- Fièvre à 39°C.
- Début brutal.
- Polypnée à 38/min.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémoculture avant toute antibiothérapie.
- Prélèvement de la porte d'entrée : panaris.
- Recherche de localisation secondaire : échographie cardiaque, radiographie pulmonaire.
- Antibiogramme.

d. Quel traitement de première intention prescrivez-vous à cette patiente ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Double antibiothérapie bactéricide, synergique, par voie parentérale, à longue durée :
  * Oxacilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines avec relais à la 2ème semaine par Spiromycine à dose 100 mg/kg/j per os.
  * Gentamycine 80 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours.
- Surveillance clinique.

8. *P2/ 2009 Cas clinique N°2*

Un écolier âgé de 9 ans, pesant 25 kg, demeurant à Sétif, est amené par ses parents aux urgences pour fièvre élevée associée à des frissons, apparus la veille et accompagnés de douleurs vives localisées à la jambe gauche avec difficultés à la marche.

*** A l'interrogatoire :**

- Notion de chute à vélo survenue une semaine auparavant, ayant occasionnée une plaie rétro-malléolaire gauche.

- Notion d'angines à répétition

- Absence de cas similaires

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré

- T° = 39°5 C, FC = 110/mn, TA = 10/06 cmHg, FR = 28/mn

- Douleur tout autour du 1/3 supérieur de la jambe gauche avec chaleur locale

- Plaie suppurée rétro-malléolaire

- Le reste de l'examen est sans particularité

*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**

- NFS : GR = 20.000/mm³ dont 75% de PNN, Hémoglobine = 10,5 gr/dl, Plaquettes = 250.000/mm³

- Radiographie de la jambe gauche : pas d'anomalies

- Téléthorax normal.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Staphylococcémie à porte d'entrée cutanée et localisation secondaire osseuse.

b. Quels sont vos arguments ?

- La porte d'entrée : plaie rétro-malléolaire suppurée.
- Altération de l'état général.
- Fièvre 39°5 C + tachycardie.
- Hyperleucocytose à PNN.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémoculture : avant toute antibiothérapie et aux pics thermiques avec asepsie et multiples à intervalle d'1/2 heure.
- Prélèvement de la porte d'entrée.
- Antibiogramme.

d. Quelle est votre conduite thérapeutique ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords et mise en condition.
- Double antibiothérapie bactéricide, synergique, par voie parentérale, à longue durée : Oxacilline 200 mg/kg/j = 5 g/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines avec relais à la 2ème semaine par Spiramycine per os 100 mg/kg/j = 2.5 g/j + Gentamycine 2 mg/kg/j = 50 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours.
- Surveillance clinique et radiologique.
- Levé précoce.

9. *P6 / 2008 Cas clinique N°1*

Un enfant âgé de 08 ans, pesant 25 kg, est amené par ses parents aux urgences pour les symptômes suivants :
- Fièvre élevée associée à des frissons, apparus la veille au soir
- Douleur vive localisée à la jambe gauche avec difficulté à la marche
*** A l'interrogatoire :**
- Notion d'une chute à vélo survenue 08 jours auparavant, ayant occasionnée une plaie superficielle suppurée, rétro-malléolaire gauche
- Absence de cas similaires et absence de tout antécédent médicochirurgical
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré
- T° = 40°5 C, FC = 120/mn, FR = 30/mn, TA = 10/06 cm Hg
- Douleurs auteur du 1/3 supérieur de la jambe gauche avec chaleur locale
- Rate palpable sous le rebord costal
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités
*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**
- NFS : GB = 19.000/mm^3 avec PN 75%, Hb = 11 g/dl, Plaquettes = 350.000/mm^3
- Radiographie de la jambe gauche (F + P) : sans anomalies
- Téléthorax de face : Epanchement pleural droit de moyenne abondance

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Staphylococcémie à porte d'entrée cutanée et localisations secondaires osseuse et pulmonaire.

b. Quels sont vos arguments ?

- Début brutal.
- Douleur.
- Porte d'entrée : plaie.

→ Clinique :
- AEG.
- Fièvre + tachycardie.
- Polypnée + splénomégalie septicémique.
- Pleurésie : localisation secondaire.

→ Biologie :
- Hyperleucocytose à PNN.

c. Quel(s) examen(s) pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- Hémoculture aux pics thermiques avant asepsie totale + toute antibiothérapie.
- Prélèvement de la porte d'entrée : Diplocoque Gram (+).
- Scintigraphie osseuse : hyperfixation osseuse.
- Ponction pleurale.

d. Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords et mise en condition.
- Bi-antibiothérapie bactéricide, synergique et par voie parentérale : Oxacilline 200 mg/kg/j = 5 g/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines avec relais à la 2ème semaine par Spiramycine 100 mg/kg/j = 2.5 g/j per os + Gentamycine à dose 2 mg/kg/j = 50 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours.
- Surveillance clinique.
- Rééducation de l'articulation.
- Drainage de l'épanchement pleural.
- Traitement de la porte d'entrée (plaie rétro-malléolaire).

10. *P3 / 2007 Cas clinique N°2*

Un enfant âgé de 10 ans, pesant 30 kg, est amené par ses parents aux urgences, pour le motif suivant :
- Fièvre élevée non chiffrée avec frissons d'apparition brutale la veille au soir
- Douleur vive localisée au niveau du genou droit, accompagnée d'une impotence fonctionnelle
*** L'interrogatoire ne retrouve aucun antécédent médicochirurgical**
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré
- Température = 39°5 C, Pouls = 120/mn, FR = 28/mn, TA = 11/07 cm Hg
- Douleur circonférentielle de l'extrémité inférieure de la cuisse gauche avec chaleur locale
- Flexion passive du genou droit normale
- Panaris au niveau du gros orteil droit
- Le reste de l'examen est normal
*** Le bilan pratiqué aux urgences :**
- NFS : GB = 22.000/mm^3 dont 70% de PN, Hb = 11 g/dl, Plaquettes = 350.000/mm^3
- Radiographie des fémurs et des genoux : sans anomalie
- Téléthorax de face : normal

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Staphylococcémie à porte d'entrée cutanée et localisation secondaire osseuse.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre + frisson.
- Altération de l'état général.
- Douleur osseuse.
- Panaris = porte d'entrée.
- Hyperleucocytose à PNN.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémoculture :
* Avant toute antibiothérapie
* Aux plis thermiques
* Multiples à intervalle de 30 min
* Condition d'asepsie rigoureuse.
→ Prélèvement de la porte d'entrée.

d. Rédigez la fiche thérapeutique de ce patient :

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord.
- Double antibiothérapie bactéricide, synergique, à longue durée, par voie parentérale :
* Oxacilline 200 mg/kg/j = 5 g/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines avec relais à la 2ème semaine par Spiramycine 100 mg/kg/j = 3 g/j per os.
* Gentamycine 2 mg/kg/j = 60 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours.
- Surveillance clinique et radiologique.
- Traitement de la porte d'entrée : Panaris.

11. ***P1 / 2006 Cas clinique N°3***

Un enfant de 10 est amené par sa mère aux urgences, pour une douleur vive localisé au niveau du genou droit, apparue brutalement la veille au soir, accompagnée d'une impotence fonctionnelle et d'une fièvre non chiffrée avec frissons.

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré

- T° = 39°C, TA = 11/07 cmHg, FC = 120/mn, FR = 28/mn

- Douleur circonférentielle de l'extrémité inférieure de la cuisse droite et chaleur locale

- Flexion passive du genou droit normale

- Panaris du gros orteil droit

- Le reste de l'examen normal

*** Le bilan pratiqué aux urgences montre :**

- NFS : GB = 21.000/mm³ dont PN 70%, Hb = 11 g/dl, Plaquettes = 400.000/mm³

- Radiographie des fémurs et des genoux sans anomalies

- Téléthorax de face normal

a. Quel diagnostic évoquez-vous et sur quels arguments ?

- Septicémie à Staphylocoque aureus, à porte d'entrée cutanée et localisation secondaire osseuse.

b. Quels examens complémentaires pratiquez-vous ?

- Hémocultures répétées aux pics thermiques avec asepsie totale avant toute antibiothérapie.
- Antibiogramme (pour différencier SMS et SMR).
- Radiographie du fémur et du genou après 10 jours car il y a retard radiologique par rapport à la clinique.
- Prélèvement de la porte d'entrée : Panaris.

c. Quelle est votre conduite thérapeutique ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord.
- Antalgique pour soulager la douleur.
- Bi-antibiothérapie bactéricide synergique en IV, à durée au moins 6 semaines, à base des germes SMS :
→ Oxacilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines.
→ Gentamycine 2 mg/kg/j en IM, 2 x j, 5 à 10 jours.

!!! Pour l'Oxacilline : il y a un relais à la deuxième semaine par Spiramycine à dose 100 mg/kg/j per os.

!!! Si le germe est un Staphylocoque Méticilline persistant : Vancomycine 60 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines.

- Traitement de la porte d'entrée : Panaris.
- Levée précoce et injection Lovenox / j (anticoagulant).
- Surveillance clinique / courbe thermique.
- Rééducation de l'articulation du genou après le long décubitus.

3. PNEUMOCOCCIES

QROC

1. *P4/2010 Question N° : 1*

Vous êtes devant un enfant âgé de 07 ans, atteint d'une méningite à pneumocoque. L'antibiogramme du germe isolé donne les résultats suivants : Pénicilline-R, Ampicilline-R, Cefotaxime-S, Erythromycine-R, Chloramphénicol-S, Gentamycine-R, Vancomycine-S. Quel(s) antibiotique(s) prescrivez-vous à cet enfant ?

- Traitement : Cefotaxime.
* S'il y a des signes de gravité : on donne Cefotaxime + Vancomycine
* Si allergie → Chloramphénicol.

2. *P2 / 2010 Question N° : 2*

Devant un sujet fébrile présentant un herpès naso-labial, citez 04 (quatre) étiologies infectieuses pouvant être à l'origine de cette lésion :

- PFLA.
- Paludisme en primo invasion.
- Méningite à Méningocoque.
- Leptospirose en phase pré-ictérique.

3. *P2 / 2010 Question N° : 3*

Vous êtes devant un syndrome méningé fébrile chez un enfant de 10 ans. La PL retire un LCR clair contenant 03 éléments lymphocytaires /mm³, une albuminorachie à 0,30 g/l, une glucorachie à 0,45 g/l pour une glycémie à 1 g/l. A quoi pensez-vous ?

- A un méningisme fébrile, exemple : virose, typhoïde.

4. *P02/ 2009 Question N° : 2*

Rédiger la fiche thérapeutique d'une PFLA chez un adolescent âgé de 16 ans et pesant 45 kg :

- Amoxicilline 3 g/j per os, 3 x j, pendant 10 jours.

5. *P4 / 2008 Question N° : 1*

Quelle est votre conduite à tenir devant une PFLA chez un adolescent âgé de 16 ans et pesant 45 kg ?

- Amoxicilline per os, 3 x j, pendant 10 jours, à dose de 50 mg/kg/j = 2.25 g/j ≈ 2.5 g/j

6. *P4 / 2008 Question N° : 2*

Vous êtes devant un syndrome méningé fébrile chez un adulte âgé de 45 ans. La ponction lombaire retire un LCR clair, contenant 03 éléments lymphocytaires/mm³, une albuminorachie à 0,30 g/l et une glycorachie à 0,50 g/l pour une glycémie à 1 g/l. A quoi pensez-vous ?

Diagnostics devant un méningisme :
- Fièvre thyroïde en phase état.
- Paludisme en invasion.
- PFLA.
- Virose.

7. *P3 / 2006 Question N° : 5*

Devant une méningite purulente, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques en faveur de l'étiologie pneumococcique ?

→ Anamnèse :
- Recherche de traumatisme crânien.
- Infection ORL : sinusite, otite.
- Méningite récidivante.
- Infection pulmonaire à Pneumocoque.

→ Clinique :
- Troubles neurologiques : convulsions, mouvements anormaux, asymétrie des réflexes, trouble de la conscience, paralysie oculomotrice.
- Syndrome méningé physique et fonctionnel.

→ Paraclinique :
* PL : LCR purulent, riche en PNN altérés, Hypoglycorachie, Hyperalbuminorachie.
* FNS : hyperleucocytose à PNN.

8. *P5 / 2006 Question N° : 4*

Un sujet jeune est hospitalisé pour un 4ème épisode de méningite purulente.
a. Quel est le principal germe causal que vous incriminez ?

- Germe : Streptococcus pneumoniae.

b. Quelles sont les étiologies de la récidive que vous devez rechercher ?

- Porte d'entrée ORL non traitée.
- Traumatisme crânien.
- Déficit immunitaire.
- Anomalie congénitale : Spina bifida.

CAS CLINIQUES

9. *P1 / 2013 Cas clinique N°2*

Un patient âgé de 65 ans suivi pour diabète non insulino-dépendant, consulte en urgences, pour fièvre d'installation brutale, évoluant depuis 24 h, associée à une désorientation temporo-spatiale et agitation.

A l'examen clinique :
- **Un état général altéré, V' 40°C, pouls 120/mn, TA 12/8cmhg, FR 30/mn.**
- **Malade obnubilé, scoré à 10/15 échelle de Glasgow.**
- **Une gêne à la flexion de la nuque.**

Le bilan pratiqué en urgence :
- **FNS : GB 14 000/mm3, (7870PNN) , H8 12g/dl, Plq 130 000/mm3.**
- **Glycémie 1.30g/l, urée sg: 0.45 g/l.**
- **PL : LCR trouble, le reste de l'étude est en cours.**
- **Téléthorax : opacité, homogène du lobe supérieur droit.**

a. Quel est votre diagnostic ?

- Méningite bactérienne aigue à Streptococcus pneumoniae.

b. Quels sont vos arguments ?

- Age extrême >65 ans
- terrain : diabétique.
- fièvre d'installation brutale
- une désorientation temporo-spatiale et agitation
- AEG
- Tachycardie 120/min
- Polypnée 30/min
- Obnubilation
- Une gêne à la flexion de la nuque
- FNS : hyperleucocytose à PNN
- PL : LCR trouble

c. Compléter les résultats de l'étude du LCR ?

- trouble purulent
- Hyperleucocytose à PNN > 1000éléments/mm3
- Hypoglucorachie < 0.65 g/l
- Hyperalbuminorachie
- Chlorure normale

d. Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord.
- Traitement antibiotique : Cefotoxime 8 g/j en IVD pendant 15 à 21 jours.
- Surveillance clinique et biologique

10. *P4/ 2012 Cas clinique N° : 2*

Un enfant âgé de 08 ans, est amené par ses parents aux urgences pour fièvre accompagnée de frissons et d'une toux sèche évoluant depuis trois jours.
A l'interrogatoire : un asthme bronchique comme antécédent.
A l'examen physique :
- Un état général moyennement altéré.
- 40°C, FC 130/mn, FR 38 cycle/mn, TA 09/06cm/Hg.
- Limitation douloureuses à la flexion de la nuque
- Vibrations vocales augmentées et raies crépitant à la base pulmonairegauche.
- Une PL faite en urgence ramène un LCR clair : 10 elets/mm3 de lymphocytes, albuminorachie: 0.30g/l et glucorachie : 0.50g/l pour une glycémie à 1.10g/l, examen direct négatif.

Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- PFLA

b- Sur quels arguments?

- Fièvre (40°C)
- frisson.
- Une toux sèche
- Un état général moyennement altéré.
- Tachycardie (FC 130/mn)
- Polypnée (FR 38 cycle/mn)
- ↗ des vibrations vocales et râles crépitants.
- Syndrome méningé : raideur de la nuque avec PL normale ⇒ méningisme

c- Quels examens complémentaires devez-vous demandez et qu'enattendez-vous ?

- Radiographie thoracique de face → Opacité basithoracique gauche systématisée.
- FNS : Hyperleucocytose à PNN.

d- Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation
- Hémoculture
- TRT : - Amoxicilline 3 g/j, 4 x j, pendant 10 jours.
- CIE

11. *P3/2012 Cas clinique N° :2*

Un adolescent âgé de 16 ans, habitant Alger, pesant 60 kg, correctement vacciné et il est suivi en hématologie pour a anémie hémolytique congénitale depuis son enfance, consulte au pavillon des urgences pour : fièvre, maux de tête et vomissements répètes depuis 24 heures.
A l'examen clinique :
- Un état général altéré.
- T° 39.5°C, TA:10/6cmHg, FC 130 pul/mn, FR 25 cycles/mn.
- Patient agité, confus, scoré à 10/15 sur l'échelle de Glasgow.
- Sa nuque est raide.
- Le reflexe cutané plantaire en extension.
Le bilan d'urgence :
- NFS : GB : 20 000/mm3 80% PNN.
Hb : 8g/dl et PLQ : 120 000/mm3.
- FO et TDM cérébrale : sans particularités.

a) Quel est le diagnostic que vous devez évoquer eue lieu ?

- Méningite bactérienne aigue due au Streptococcus pneumoniae.

b) Sur quels arguments ?

- A l'anamnèse : terrain anémie hémolytique congénitale
Syndrome méningé fonctionnel : céphalée + fièvre et vomissement.
- Syndrome méningé physique = raideur de la nuque.
- AEG
- Troubles neurologiques : Agitation et confusion
- Hyperleucocytose à PNN

c) Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour confirmer votre diagnostic ?

- Ponction lombaire → LCR purulent à PN altéré.
- Hémoculture.

d) Quelle est votre CAT ?

1- Hospitalisation.
2- Deux voies d'abords.
3- Traitement anticonvulsivant.
4- Rééquilibre hydro-électrolytique (vomissement).
5- Recherche de foyer ORL pour le traitement de la porte d'entrée.
6- Traitement antibiotique :
* Si examen direct (-) : Cloforan : Céfotaxime → 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 15 à 21 j.
* Si examen (+) : selon l'antibiogramme, Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, 15 à 21 j.
* Si signes de gravité associés : on ajoute Vancomycine 40 mg/kg/j en IV, 4 x j.
* Si allergie : Chloramphénicol 100 mg/kg/j, 4 x j, pendant 15 à 21 j.
7- Faire une PL à la fin du traitement pour s'assurer de la guérison.
8- Surveillance clinique : examen neurologique, diurèse.

12.

P3 / 2011 Cas clinique n°2

Un enfant âgé de 10 ans, pesant 40 kg, est amené aux urgences par ses parents pour convulsions fébriles apparues le jour même.

*** A l'interrogatoire :**

- Antécédents de rhinorrhée chronique.

- Céphalées intenses et vomissements répétés.

- Malaise général.

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré.

- T° = 40°C, FC = 130/mn, TA = 09/06 cm Hg.

- Score 10/15 à l'échelle de Glasgow.

- Agitation.

- Flexion douloureuse de la nuque.

- Herpes nasolabial.

*** Le bilan pratiqué en urgence :**

- Ponction lombaire : LCR trouble (cytologie 2.500/mm³ PNA, Alb = 2 g/l, Glucose = 0,20 g/l. Glycémie = 1 g/l), examen direct négatif et culture en cours.

a. Quelle est l'étiologie de cette méningite ?

- Méningite bactérienne aigue due au Streptococcus pneumoniae.

b. Quels sont vos arguments ?

- Altération de l'état général.
- Troubles neurologiques à type : convulsion.
- Atteinte ORL : rhinorrhée.
- Syndrome méningé fonctionnel : céphalée + fièvre et vomissement.
- Syndrome méningé physique = raideur de la nuque.
- PL : riche en PN altéré + hypoglucorachie et hyperalbuminorachie.

c. Quelle est votre conduite à tenir ?

- Hospitalisation.
- Traitement anticonvulsivant.
- Il a un Glasgow 10/15 ⇒ Sonde vésicale, Scope (FC, FR...), Oxygénothérapie, Sonde nasogastrique.
- Antibiothérapie : Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD (dose = 8 g/j), 4 x j, pendant 15 à 21 jours. Si allergie : Hémisuccinate de Chloramphénicol à dose 100 mg/kg/j en IVD (= 4 g/j), 4 x j, pendant 3 semaines.
- Surveillance clinique.
- Traitement la porte d'entrée : ORL.
- Refaire une PL à la sortie pour déclarer la guérison [PL (-)].
- De mieux faire antibiogramme pour détecter des résistances qui obligent à traiter par C3G.
- Rééquilibre hydro-électrolytique car il y a vomissements répétés.
- Traitement anticonvulsivant.

d. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous après guérison ?

- M. à Pneumocoque est reconnue par la récidive donc il faut traiter de la porte d'entrée.
- Faire le trajet isotopique du LCR pour reconnaître l'origine de la rhinorhée (fracture de la lame criblée de l'éthmoïde).
- Faire un bilan ORL.
- Radiographie du crâne et des sinus.
- Electrophorèse des protéines (déficit immunitaire) : ↘ des gammaglobulines.

13.

P2 /2010 Cas clinique N°1

Une fillette âgée de 11 ans, pesant 40 kg, est amenée aux urgences pour fièvre accompagnée de frissons, céphalées, toux et douleur basithoracique gauche, évoluant depuis 24 heures.

*** A l'interrogatoire :**

- Aucune notion de contage

- Aucun antécédent médicochirurgical

- Vaccination correcte.

*** A l'examen clinique :**

- Etat général assez bien conservé.

- T° = 40°C, FC = 130/mn, FR = 36/mn,, TA = 100/60 mm Hg

- Flexion de la nuque limitée.

- A l'examen pleuro-pulmonaire : vibrations vocales augmentées et râles crépitants au niveau de la base gauche

- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

*** Les examens complémentaires demandés en urgence montrent :**

- PL : LCR clair, contenant 06 éléments lymphocytaires /mm3, albuminorachie à 0,30 g/l

- Téléthorax de face : opacité dense, homogène, à limites nettes, occupant le 1/3 inférieur de la base gauche.

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Pneumonie franche lobaire aigue due à Streptococus pneumoniae

b. Quels sont vos arguments ?

→ Signes fonctionnels :
- Fièvre + frisson.
- Céphalée.
- Douleurs basithoraciques.

→ Signes physiques :
- Syndrome méningé : raideur de la nuque avec PL normale ⇒ méningisme
- Polypnée.
- ↗ des vibrations vocales et râles crépitants.

→ Radio du thorax : opacité homogène du 1/3 inférieur de la base gauche.

c. Rédigez la fiche thérapeutique de cette patiente :

- Amoxicilline 3 g/j, 4 x j, pendant 10 jours.

14. *P5/2010 Cas clinique N°1*

Un lycéen âgé de 16 ans, habitant Alger, consulte aux urgences pour maux de tête intenses apparues il y a quelques heures, accompagnés de vomissements.
*** A l'interrogatoire :**
- Statut vaccinal correct pour l'âge.
- Suivi en Hématologie pour drépanocytose depuis son enfance.
- La famille rapporte un épisode de convulsions généralisées.
*** A l'examen clinique :**
- T° 40°C, FC 120/mn, FR 26 c/mn, TA 11/06 cm Hg
- Poids 60 kg pour une taille de 1m75.
- Patient prostré, confus, l'état général est altéré.
- La nuque est raide.
- Les ROT sont vifs et signe de BABINSKI bilatéral.
- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Méningite bactérienne aigue à Streptococcus pneumoniae.

b. Quels sont vos arguments ?

- Syndrome méningé physique : Raideur de la nuque.
- Syndrome méningé fonctionnel : fièvre + céphalée + vomissement.
- A l'anamnèse : terrain drépanocytaire + convulsion.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Ponction lombaire → LCR purulent à PN altéré.
- Hémoculture.

d. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

1- Hospitalisation.
2- Deux voies d'abords.
3- Traitement anticonvulsivant.
4- Rééquilibre hydro-électrolytique (vomissement).
5- Recherche de foyer ORL pour le traitement de la porte d'entrée.
6- Traitement antibiotique :
* Si examen direct (-) : Cloforan : Céfotaxime → 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 15 à 21 j.
* Si examen (+) : selon l'antibiogramme, Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, 15 à 21 j.
* Si signes de gravité associés : on ajoute Vancomycine 40 mg/kg/j en IV, 4 x j.
* Si allergie : Chloramphénicol 100 mg/kg/j, 4 x j, pendant 15 à 21 j.
7- Faire une PL à la fin du traitement pour s'assurer de la guérison.
8- Surveillance clinique : examen neurologique, diurèse.

15. *P1 / 2008 Cas clinique N°2*

Un jeune homme âgé de 21 ans, consulte au pavillon des urgences pour fièvre et maux de tête apparus quelques heures auparavant associés à un épisode de convulsions généralisées.
*** A l'interrogatoire : Antécédent de traumatisme crânien il y a 3 ans.**
*** A l'examen clinique :**
- Patient répondant difficilement aux questions, tournant le dos à la lumière
- T° = 40°C, FC = 130/mn, TA = 10/07 cm Hg, FR = 32/mn
- Gène à la flexion de la nuque
- Le reste de l'examen est sans particularités
*** La ponction lombaire retire un LCR trouble, contenant 8.500 éléments/mm³ dont 85% de PNA, une albuminorachie à 3 g/l et une glucorachie à 0.30 g/l (glycémie = 0/90 g/l)**

a. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Méningite bactérienne aigue purulente due au Streptococcus pneumoniae.

b. Quels sont vos arguments ?

- Anamnèse : traumatisme crânienne
- Syndrome méningé fonctionnel : Confusion, fièvre et céphalée.
- Syndrome méningé physique :
* Photophobie + début brutal.
* Position en chien de fusil.
* Raideur de la nuque.
* Trouble de la conscience.
- PL : LCR trouble avec hypoglucorachie, hyperalbuminorachie et PN altéré.

c. Quel est le traitement de première intention que vous mettez en route ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord.
- Traitement antibiotique : Cefotoxime 8 g/j en IVD pendant 15 à 21 jours.
- Traitement anticonvulsivant + corticothérapie + surveillance.

d. Quel est le risque majeur qu'il y a lieu de craindre chez ce patient en particulier, après sa guérison ? Quel bilan envisageriez-vous pour le rechercher ? Quel traitement spécifique préconisez-vous ?

- Récidive
- Bilan pour la rechercher :
* Radiographie du crâne.
* Ecoulement isotopique du LCR.
* Scanner cérébral.
* Examen de la sphère ORL.
- Traitement : Chirurgical pour le traumatisme crânien et vaccin pneumonerieux 23 tous les 5 ans.

16. *P2 / 2008 Cas clinique N°2*

Un enfant âgé de 13 ans, consulte au pavillon des urgences pour fièvre accompagnée de frissons, d'une toux et d'une douleur basithoracique droite évoluant depuis 2 jours.
*** A l'interrogatoire : Pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers**
*** A l'examen clinique :**
- Etat général moyen
- T° = 39°C, FC = 120/mn, TA = 11/07 cm Hg, FR = 38/mn
- Gène à la flexion de la nuque
- Submatité et râles crépitants au niveau de la base droite
- Le reste de l'examen est sans particularité
*** Les examens complémentaires pratiqués en urgence montrent :**
- NFS : GB = 18.000/mm³ avec PN 90%, Hb = 11 g/dl, Plaquettes = 200.000/mm³
- PL : LCR clair, 10 éléments/mm³ (lymphocytes), Albumine = 0,30 g/l
- Téléthorax de face : opacité dense, homogène, bien limitée, localisée au niveau du lobe inférieur droit

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Pneumonie franche lobaire aigue inférieure droite, due au Streptococcus pneumoniae.

b. Quels sont vos arguments ?

- Syndrome infectieux : Fièvre 39°C.
- Méningisme : PL normal + Raideur de la nuque.
- Examen pulmonaire : submatité + râles crépitants.
- Radio du thorax : opacité dense, homogène, localisée au lobe inférieur droit.

c. Rédigez la fiche thérapeutique de ce patient :

- Amoxicilline 3 g/j pendant 10 jours.

d. Quelles sont les complications infectieuses à craindre chez ce patient ?

- Otite.
- Pleurésie = épanchement liquidien.
- Abcès pulmonaire.
- Rechute.

17. *P1 / 2006 Cas clinique N°1*

Un jeune homme de 20 ans, sans aucun antécédents pathologiques, présente brutalement des frissons, un malaise général et courbatures, suivis d'une température à 39°C, un point de côté basithoracique gauche et une toux.
*** A l'examen clinique :**
- Etat général conservé
- Température = 39°C, FC = 110/mn, FR = 30/mn, TA = 12/07 cmHg
- Herpès labial
- Foyer de râles crépitants et souffle tubaire à la base pulmonaire gauche
- Le reste de l'examen normal

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Pneumonie franche lobaire aigue (PFLA) gauche en phase d'état, due au Streptococcus pneumoniae.
→ Arguments :
- Douleur basithoracique + fièvre.
- Syndrome grippal.
- Polypnée.
- Herpes labial.
- Râles crépitants et souffle tubaire.

b. Quels examens paracliniques pratiquez-vous devant un tel tableau et quels en sont les résultats attendus ?

1- Radiographie thoracique de face → Opacité basithoracique gauche systématisée.
2- FNS : Hyperleucocytose à PNN.

c. Quel traitement préconisez-vous chez ce malade ?

- Amoxicilline 3 g/j, pendant 10 j, per os, 4 x j.

18. P2 / 2005 Cas clinique n°1

Un patient âgé de 15 ans, aux antécédents d'otite moyenne chronique, se présente au pavillon des urgences pour une fièvre élevée d'installation brutale, accompagnée de céphalées intenses, de vomissements répétés et d'un épisode convulsif généralisé.

*** A l'examen clinique :**

- Un patient obnubilé, fébrile à 39°5 C pour un pouls de 125 bat/mn

- TA : 100/50 mmHg

- FR : 30 cycles/mn

- A l'examen otoscopique : un écoulement purulent de l'oreille gauche

*** La ponction lombaire retrouve un LCR eau du riz, contenant 7500 éléments/mm³ à prédominance de polynucléaires altérées, une hyperalbuminorachie à 2,30 g/l et une une hypoglycorachie à 0,27 g/l pour une glycémie à 0.98 g/l.**

a. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Méningite bactérienne aiguë purulente due au Streptococcus pneumoniae.

b. Quelles sont les premières mesures à prendre dans le cas de l'urgence ?

- Hospitalisation + hémocultures.
- Deux voies d'abords.
- Claforan : Céfotoxime 4 x j en IV à dose 200 mg/kg/j pendant 15 à 21 jours.
- Traitement anticonvulsivant.
- Rééquilibre hydro-électrolytique (à cause des vomissements).

Deux heures après, le laboratoire répond : Présence de diplocoque Gram positif à l'examen direct du LCR.

c. Quel germe évoquez-vous ?

- Germe : Streptococcus penumoniae.

d. Rédiger la fiche thérapeutique :

- Selon l'antibiogramme :

* Amoxicilline 200 mg/kg/j, 4 x j en IVD 15 à 21 jours.

* Si allergie : Solnicol = Hémisuccinate de Chloramphénicol 100 mg/kg/j, 4 x j en IVD pendant 3 semaines.

e. Citez les complications à craindre :

- Récidive
- Infectieuses.
- Mécaniques : Syndrome d'HIC, Epanchement sous dural, Cloisonnement.
- Neurosensorielles : Surdité, Cécité, Hémiplégie, Abcès cérébral.

19. P5 /2005 Cas Clinique N°2

Un patient âgé de 65 ans, bronchitique chronique depuis 10 ans, consulte aux urgences pour fièvre élevée d'installation brutale, évoluant depuis 03 jours, accompagnée de frissons, d'une toux productive et d'une douleur basithoracique droite.

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré.

- Température à 40°C, FR = 40/mn, TA = 11/07 mm Hg

- Herpès naso-labial

- Langue sèche et léger pli cutané

- Sub-matité et râles crépitants au niveau de la base thoracique droite.

*** Bilan pratiqué :**

- NFS : GB = 20.000/mm³ dont 80% de polynucléaires neutrophiles, 18% de lymphocytes, 01% d'éosinophiles, 01% de monocytes, GR = 4.5 millions/mm³, Hb = 12 g/dl, Plaquettes = 200.000/mm³

- Glycémie = 1 g/l

- Créatinémie = 20 mg/l

- PaO_2 = 60 mmHg

- Téléthorax de face et de profil : Opacité dense, homogène et bien limitée, localisée au lobe inférieur droit.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ? Et sur quels arguments ?

Diagnostic :

Pneumonie franche lobaire aigue du lobe inférieur droit, due au Streptococcus pneumoniae.

→ Arguments :

- Douleur basithoracique droite.
- Altération de l'état général.
- Fièvre.
- Herpès labial.
- Sub-matité + râles crépitants.
- Téléthorax : opacité localisée au LID.
- Hyperleucocytose à PNN.

b. Que sont les critères de gravité chez ce malade ?

- Polypnée 40/min
- Déshydratation : langue sèche et pli cutané
- Fièvre à 40°C.
- PaO_2 à 60 mmHg
- Créatinémie à 20 mg/l.

c. Quelle est votre conduite thérapeutique ?

- Amoxicilline per os 3 g/j, 3 x j, pendant 10 jours.

d. Citez les complications à craindre chez ce malade :

- Pleurésie.
- Abcès pulmonaire.
- Otite.

20. *Rat 2005 Cas clinique n°3*

Un patient âgé de 16 ans, se présente au pavillon des urgences pour fièvre élevée accompagnée de céphalées intenses et de vomissements répétés.
*** L'interrogatoire retrouve une notion de traumatisme crânien remontant à 06 mois**
*** A l'examen clinique :**
- Un patient obnubilé, fébrile à 39°5 C pour un pouls à 120/mn
- TA = 100/60 mmHg, FR = 30/mn
- Un écoulement purulent au niveau de l'oreille gauche
La ponction lombaire montre un LCR trouble, 8500 éléments/mm³ à prédominance de polynucléaires altérées + Hyper albuminorachie à 2,30 g/l avec une hypo glycorachie à 0,27 g/l (Glycémie = 0,98 g/l).

a. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Méningite aigue bactérienne due à Streptococcus pneumoniae.

b. Quel est le traitement de première intention que vous devez mettre en route ?

- Traitement de première intention (c'est-à-dire sans faire l'antibiogramme) : Cefotaxime = Claforan 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 15 à 21 jours.

c. Citez les complications à craindre ?

1. Complications infectieuses : persistance de la fièvre en cas de foyer ORL.
2. Complications mécaniques : cloisonnement, épanchement sous dural, syndrome d'HIC.
3. Complications neurosensorielles : surdité, cécité.
4. Complications neurologiques centrales : hémiplégie, monoplégie.

4. MENINGOCOCCIES

QROC

1. *P1/2013 Question N° :5*

Devant une méningo-encéphalite à LCR clair, lymphocytaire, donner 03 étiologies à rechercher en 1er lieu.

- M. tuberculeuse.
- M. à Pneumocoque au stade de début.
- M. bactérienne décapitée.

2. *P2/2012 Question N° : 3*

Un adulte jeune présentant des céphalées fébriles évoluant depuis 24 heures et l'examen clinique retrouve une raideur de la nuque.
La PL ramène un LCR clair, contenant 03 éléments/mm³ de lymphocytes, une albuminorachie à 0.35g/let une glycorachie à 0.45 g/l pour une glycémie 1g/l.
A. A quoi pensez-vous ?

- Au méningisme :

B. Citer deux étiologies possibles :

- Virose.
- PFLA.
- Fièvre typhoïde en phase d'état.
- Primo-invasion de paludisme.

3. *P1/2012 Question N° : 1*

1. Devant un tableau de méningite aigue à liquide clair, citez trois (03) étiologies graves à rechercher.

- M. tuberculeuse.
- M. à Pneumocoque au stade de début.
- M. bactérienne décapitée.

4. *P1 / 2011, QROC n°3*

Devant une méningite à LCR clair, citez trois (03) étiologies graves qu'il faut éliminer avant de retenir l'éventualité d'une MLAB (Méningite Lymphocytaire Aigue Bénigne) :

- M. tuberculeuse.
- M. à Pneumocoque au stade de début.
- M. bactérienne décapitée.

5. *P1 / 2009 QROC n°5*

Vous êtes devant un enfant âgé de 06 ans, allergique aux Bêta lactamines, atteint d'une méningite cérébrospinale. L'antibiogramme du germe isolé donne les résultats suivants : Ampicilline = S, Amoxicilline = S, Céfotaxime = S, Erythromycine = S, Spiramycine = S, Chloramphénicol = S, Gentamycine = R. Quel antibiotique prescrivez-vous à cet enfant ?
- Antibiotique = Chloramphénicol.

6. *P2 /2009 QROC n°3*

Vous êtes devant un enfant âgé de 14 ans, qui présente un syndrome méningé aigu fébrile. La PL retire un LCR clair avec les résultats suivants : 03 éléments (lymphocytes)/mm^3, Albumine = 0,30 g/l, Glucose = 0,50 g/l (Glycémie = 1 g/l). A quoi pensez-vous ?
→ Au méningisme : - Virose. - PFLA. - Fièvre typhoïde en phase d'état. - Primo-invasion de paludisme.

7. *P3 / 2009, QROC n°4*

Parmi les ATB suivants, lequel(s) est(sont) recommandé(s) dans le traitement d'une M.C.S : Céfacidal – Chloramphénicol – Doxycycline – Spiramycine – Amoxicilline – Gentamicine ?
- Chloramphénicol - Amoxicilline.

8. *Rattrapage 2009 QROC : 5*

Vous êtes devant un enfant âgé de 8 ans, allergique aux Bêta lactamines, atteint d'une MCS. L'antibiogramme du germe isolé donne les résultats suivants : Ampicilline = S, Amoxicilline = S, Céfotaxime = S, Erythromycine = S, Spiramycine = S, Chloramphénicol = S, Acide nalidixique = R, Gentamicine = S. Quel antibiotique prescrivez-vous à cet enfant ?
- Antibiotique → Chloramphénicol.

9. *P3 / 2007 QROC n°1*

Devant un sujet fébrile présentant un herpès naso-labial de sortie, citez 04 étiologies infectieuses pouvant être à l'origine de cette sortie :
- Méningite à Méningocoque. - Leptospirose ictéro-hémorragique. - Phase d'état de la fièvre typhoïde. - Phase d'invasion du paludisme.

10. *P2 / 2006 QROC n°5*

Quelles sont les caractéristiques d'un LCR normal ?
- LCR clair, en eau de roche - Albuminorachie 0.2 à 0.3 g/l. - Glucorachie 0.5 g/l (1/2 de la glycémie). - Eléments cellulaires < 10/mm^3. - Chlororachie = 0.7 g/l. - Stérile : pas de germe.

CAS CLINIQUES

11. *P4 / 2010 Cas clinique N°2*

Une lycéenne âgée de 17 ans, pesant 50 kg, originaire de Médéa, sans antécédent médico-chirurgical, consulte aux urgences pour maux de tête apparus la veille, associés à des vomissements et à de la fièvre.
*** A l'examen clinique, on retrouve :**
- Patiente prostrée, mais consciente, scorée à 12 Glasgow.
- T° = 39°C, FC = 110/mn , FR= 26/mn , TA = 11,5/07 cm Hg
- Gêne à la flexion de la nuque.
-Présence d'éléments cutanés de couleur rouge vif, ne s'effaçant pas à la vitro-pression, localisés aux membres inférieurs.
- L'examen neurologique est sans particularité.
- Le reste de l'examen clinique est normal.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Méningite aigue bactérienne due au Méningocoque.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse :
- Syndrome méningé fonctionnel : céphalée, vomissement, fièvre.
→Clinique :
- Conscience conservée
- Absence de trouble neurologique.
- Purpura localisé.
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque.

c. Quels autres signes cliniques à rechercher pour étayer votre diagnostic ?

- Herpes naso-labial.
- Arthralgie.
- Splénomégalie.
- Rash morbiliforme.

d. Quel est l'examen complémentaire qui vous permet de confirmer le diagnostic ? Et quels en sont les résultats ?

- Hémoculture (+) → diplocoque gram (-) en grain de café : Neisseria méningitidis.
- Ponction lombaire : LCR purulent avec hyper albumine et hypoglucorachie + Présence de PN altéré

e. Quel traitement spécifique prescrivez-vous chez elle ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- ATB : Péni A, de préférence on commence par Ampicilline 8 g/j en IVD, 4 x j, pendant 5 jours, puis relais Amoxicilline per os pendant 5 jours.

Durée totale 10 jours.
Si allergie : Thiamphénicol 5 g/j en IVD, 4 x j, pendant 5 jours, puis relais per os pendant 5 jours.
- Surveillance clinique.
- Vaccination s'il s'agit de sérotype A, C et W135.

12. *P2 / 2009 Cas clinique n°2*

Un lycéen âgé de 15 ans, originaire de Msila, consulte aux urgences pour maux de tête intenses, apparus depuis quelques heures accompagnés de vomissements.
*** A l'interrogatoire :**
- Notion de cas similaires
- Pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers
- Statut vaccinal correct pour l'âge
*** A l'examen clinique :**
- Patient conscient mais prostré et tournant le dos à la lumière
- Etat général altéré
- T° = 39°5 C, FC = 105/mn, TA = 10/06 cm Hg, FR = 26/mn
- Nuque raide
- Quelques taches rouges ne s'effaçant pas à la vitro pression au niveau du tronc
- Le reste de l'examen est sans particularités
*** L'hémogramme pratiqué montre : GB = 19.500/mm³ dont 90% de polynucléaires neutrophiles**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Méningite bactérienne aigue due à Méningocoque.

b. Quels sont vos arguments ?

- Anamnèse : notion de contage.
- Syndrome méningé fonctionnel : fièvre + vomissement.
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque, purpura pétéchial.
- Hyperleucocytose à PNN (90 %).

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- PL → LCR purulent, riche en PN, avec hypoglucorachie et albuminorachie 1 à 2 g/l.
- PCH du LCR → Neisseria méningitidis.
- Culture du LCR.
- Hémoculture.

d. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

- Péni A : on commence par Ampicilline en IVD pendant 5 jours à dose de 200 mg/kg/j, 4 x j, puis Amoxicilline 4 x j, à dose de 200 mg/kg/j per os. Si allergie : Chloramphénicol à dose 75 mg/kg/j en IVD pendant 10 jours.
- Vaccination du patient.

e. Quelles sont les mesures prophylactiques que vous préconisez ?

- Vaccination.
- Antibiothérapie par Spiromycine pendant 6 jours : 50 mg/kg/j → enfant, 2 g/j → adulte.

13. **P4 / 2009 Cas clinique N°2**

Un lycéen âgé de 16 ans, pesant 55 Kg, originaire de Blida, consulte aux urgences pour maux de tête intenses apparus le matin même, associés à des vomissements et à une fièvre à 39°.
A l'interrogatoire :
- Pas d'antécédent médicochirurgical particulier
- Notion de cas similaires dans la classe
A l'examen clinique :
- Patient prostré mais conscient, tournant le dos à la lumière
- T° = 39°C, FC = 108/mn, TA = 12/07 cm Hg, FR = 26/mn
- Limitation douloureuse de la flexion de nuque
- Aucun signe neurologique associé
- Herpès naso-labial
- Le reste de l'examen est sans particularités
- NFS : GB = 19.000/mm³ dont 87% de PNN.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu?

- Méningite bactérienne aigue due à Neisseria méningitidis.

b. Quels sont vos arguments ?

- Anamnèse : notion de contage
- Syndrome méningé fonctionnel : céphalée + fièvre + vomissement.
- Syndrome méningé physique : Raideur de la nuque et position en chien de fusil.
- Examen neurologique normal.
- Herpès nasolabial.
- Hyperleucocytose à PNN.

c. Quel est l'examen complémentaire qui vous permet de confirmer le diagnostic ? Et quels en sont les résultats attendus ?

- Ponction lombaire : LCR purulent, riche en PNN altéré et hypoglucorachie avec albuminorachie entre 0.5 à 1 g/l.
- Culture du LCR → Gram (-), Cocci en grains de café.
- Contre-immunoélectrophorèse.
- Hémoculture.

d. Quel traitement spécifique de première intention mettez-vous en route ?

- Traitement de 1ère intention : Pénicilline A pendant 10 jours.
- Ampicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 5 jours puis relais Amoxicilline 200 mg/kg/j per os, 4 x j pendant 5 jours. Si allergie : Chloramphénicol 75 mg/kg/j en IVD pendant 10 jours.

e. Quelles sont les mesures prophylactiques que vous devez appliquer ?

- Vaccination → sérotype A, C, W135.
- Traitement antibiotique : Spiromycine 50 mg/kg/j pour l'enfant, Spiromycine 2 g/j pour adulte → pendant 6 jours.
- Isoler le malade pendant les 10 jours de traitement.

14. **Rattrapage 2006 Cas clinique n°4**

Un collégien âgé de 14 ans, consulte aux urgences pour céphalées apparues la veille, associées à une fièvre.
*** L'interrogatoire ne trouve aucun antécédent médico-chirurgical.**
*** L'examen clinique retrouve :**
- Etat général moyen
- Température 39°5 C, Pouls : 115/mn, FR : 28/mn, TA : 10/06 cmHg
- Malade conscient, prostré avec raideur de la nuque
- Splénomégalie type I
- Quelques éléments cutanés de siège abdominal, rouge violacés, ne s'effaçant pas à la vitro pression
- Le reste de l'examen somatique est normal

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Méningite bactérienne aigue due à Méningocoque.
→ Arguments :
- Etat général conservé.
- Syndrome méningé fonctionnel : Fièvre, céphalée.
- Absence de trouble de conscience.
- Syndrome méningé physique : Raideur de nuque.
- Splénomégalie.
- Purpura pétéchial.

b. Quels sont les examens complémentaires pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic et quels sont les résultats attendus ?

- Ponction lombaire → liquide trouble ou purulent, riche en PNN altéré > 1000 et hyperalbuminorachie 1 à 2 g/l, hypoglucorachie.
- Agglutination aux particules de latex.
- Contre-immunoélectrophorèse du LCR.
- Culture du LCR.

c. Quel traitement mettez-vous en route ?

- On donne Ampicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 5 jours puis relais per os par Amoxicilline 200 mg/kg/j pendant 5 jours, 4 x j, durée totale 10 jours.
- Chloramphénicol à dose 75 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 10 jours si allergie.

d. Quelles sont les autres masures à appliquer devant ce cas ?

- Recherche de cas similaires et les traitements (collège).
- Chimio-prophylaxie de l'entourage du malade Spiramycine 50 mg/kg/j chez l'enfant.
- Vaccination.

15. *P5 / 2005 Cas Clinique n° : 1*

Un patient âgé de 24 ans, sans aucun antécédent médicochirurgical, consulte aux urgences pour céphalées apparues depuis quelques heures, associées à deux épisodes de vomissements et à une fièvre à 39°5 C.
*** L'examen clinique retrouve :**
-Un patient prostré mais conscient
- Tournant le dos à la lumière.
- Raideur méningée franche.
- Un bouquent d'herpès sous narinaire gauche.
- Quelques éléments purpuriques sur le tronc.
- Absence de signes neurologiques en foyers.
- Bonnes constantes hémodynamiques.
*** L'hémogramme révèle des GB à 19.500/mm³**
*** Téléthorax : sans particularités.**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ? Et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Méningite bactérienne aigue due au Méningocoque.
→ Arguments :
- Syndrome méningé fonctionnel : vomissement, céphalée, fièvre.
- Conscience conservée.
- Herpès narinaire gauche.
- Purpura du tronc + raideur de la nuque.
- Pas de signe neurologique.
- Hyperleucocytose 19.500.

b. Quel examen complémentaire pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic ? Et quels sont les résultats attendus ?

- PL : LCR purulent, riche en PN altéré, hypoglucorachie et albuminorachie peu ↑.
- Culture du LCR → Diplocoque Gram (-).
- Contre-immunoélectrophorèse.
- Hémoculture avant toute antibiothérapie.

c. Quel traitement spécifique de première intention mettez-vous en route ?

- Pénicilline A pendant 10 jours : on commence par Ampicilline 200 mg/kg/j en IV, 4 x j, pendant 5 jours puis Amoxicilline 200 mg/kg/j per os, 4 x j, pendant 5 jours.

d. Citez les principaux éléments de surveillance :

- Température + examen cutanéo-muqueux.
- Raideur de la nuque et vomissement.
- Diurèse (pour détecter la survenue d'un choc méningococcique).

e. Quelles sont les mesures prophylactiques à appliquer ?

- Spiramycine 2 g/j per os pendant 6 jours.
- Vaccination.

5. Les septicemies a Bacilles Gram Negatif (SPGN)

QROC

1.

P2/2012 Question N° : 2
P4 / 2011 QROC n°1
P3 / 2009, QROC n°1

Citez 03 situations cliniques où vous devez pratiquer des hémocultures :

- Fièvre typhoïde.
- Staphylococcie maligne de face.
- Septicémie à BGN
- Fièvre prolongé et syndrome septicémique.
- Endocardite infectieuse.
- Splénomégalie fébrile, méningococcémie suraigüe.

2.

P5 / 2009 QROC : 5
P3 / 2008 QROC n°1
P3 / 2006, QROC n°4

Citez 04 situations cliniques où vous devez pratiquez des hémocultures :

- Syndrome septicémique : Fièvre prolongée non expliquée, Staphylococcémie, Méningocémie.
- Ictère fébrile.
- Splénomégalie fébrile.
- Souffle cardiaque fébrile : endocardite infectieuse.

CAS CLINIQUES

3. *Cas clinique P1 / 2012 N°2*

Une patiente âgée de 52 ans, opérée depuis une semaine pour cholécystite aigue. Présente depuis 24 heures : frissons, fièvre.
A l'interrogatoire : patiente diabétique (DNID) traitée depuis 05 ans.
A l'examen clinique :
- Etat général altéré.
- T° à 36°C, TA 09/05 cmHg, FC 115 /mn, FR à 30 cycles/mn
- Rate palpable sous le rebord costal.
- Sub-ictère conjonctival, et oligurie.
- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.
Le bilan pratiqué en urgence :
- NFS 20 000 GB/mm3 dont 80 % de PNN, Hémoglobine 09gr/dl, plaquettes : 100 000/mm3
- Urée : 0.60gr/l, créatinémie : 18mg/l, Glycémie : 1.20gr/l.
- Bilirubine totale 20mg/l, SGPT : 75UI/l et SGOT : 80 UI/1.
- Télé thorax et l'échographie abdominale sont sans particularité.

a) Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- SBGN

b) Sur quels arguments ?

- cholécystectomie (01 semaine)
- Fièvre Frisson
- DNID
- AEG
- Tachycardie polypnée
- SPM
- Sub-ictère conjonctival, et oligurie.
- Hyperleucocytose à PNN avec Thrombopénie
- BT ↑ TA↑

c) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémoculture :
* Avant toute antibiothérapie
* Aux plis thermiques
* Multiples à intervalle de 30 min
* Condition d'asepsie.
- ECBU : recherche de germe.
- Echographie rénale + bilan hépatique.

d) Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Double antibiothérapie, bactéricide, en IV :
  - Céfotaxime : 200 - 300 mg/kg/j, 8 à 12 g/j, 4 x j, IVD, pendant 6 semaines.
  - Gentamycine : 2 à 3 mg/kg/j, 160 mg/j, 1 x j, pendant 7 à 10 jours.
- Surveillance clinique.

4. *Cas clinique N° 1 P4 / 2010*

Un patient âgé de 65 ans, demeurant à Alger, consulte pour fièvre non chiffrée évoluant depuis 48 heures, accompagnée de frissons et d'une douleur lombaire gauche.
*** A l'interrogatoire, on retrouve une notion d'adénome de prostate.**
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré
- T° = 39°5 C, FC = 130/mn, FR = 30/mn, TA = 11/07 cm Hg
- Coloration jaunâtre des conjonctives
- Rate palpable sous le rebord costal
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités.
*** Le bilan pratiqué en urgence montre :**
- NFS : GB à 15.000/mm3 (80% PN, 2% E, 1% B, 1% M, 16% L), Hb = 10 g/dl, Plaquettes à 150.000/mm3
- Bilan hépatique : TGO = 165 UI/l, TGP = 60 UI/l, Bilirubine totale = 27 mg/l.
- Bilan rénal : Urée sanguine = 0,65 g/l, Créatinémie= 16 mg/l
- Chimie des urines : Protéines +, Sang +, Nitriles +, Leucocyturie +.
- Echographie abdominopelvienne : dilatation modérée des cavités pyélocalicielles gauches.
- Téléthorax sans particularités.

a. Quel diagnostic évoquerez-vous en premier lieu ?

- Septicémie à BGN, à porte d'entre urinaire et localisations secondaires rénale et hépatique.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Interrogatoire :
- Fièvre brutale et frisson.
- Douleur lombaire gauche.
- Porte d'entrée : existence de l'adénome de la prostate (stase en amont → infection).

→ Clinique :
- Altération de l'état général.
- Ictère.
- Tachycardie et polypnée.
- Hyperventilation et splénomégalie.

→ Biologie :
- Hyperleucocytose.
- Thrombopénie.
- Anémie.
- Hyperbilirubinémie.
- Cytolyse hépatique (↑ Transaminase).
- Insuffisance rénale au début.
- Présence de Nitrites : substrat de BGN.

c. Quels examens complémentaires demanderez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémoculture avant toute antibiothérapie.
- ECBU.
- Echographie rénale.

d. Quelle est votre conduite à tenir ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Antibiotique : Céfotaxime dose 8 g/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines + Gentamycine 80 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours. Si allergie : Fluoroquinolone.
- Surveillance clinique.

e. Que doit-on craindre chez ce patient ?

On doit craindre :
- Le choc septique.
- Les récidives et localisations secondaires.

Cas clinique N°1 P5 / 2009

5.

Un patient âgé de 63 ans, opéré de la prostate il y a 5 jours, présente une fièvre et des frissons évoluant depuis 36 heures.

L'examen clinique de ce patient porteur d'une sonde urinaire à demeure retrouve :
- **Etat général altéré**
- **T° = 39°C, FC = 115 /mn, FR = 30/mn, TA = 10/06 cm Hg**
- **Rate palpable sous le rebord costal**
- **Le reste de l'examen clinique : sans particularité**

Le bilan pratiqué en urgence révèle :
- **NFS : GB = 21.000/mm³ dont 82% de MM, Hémoglobine = 10,5 gr/dl.**
- **Urée sanguine = 0,65 g/l, Créatinémie = 14 mg/l**
- **Transaminases : TGO = 75 UI/l, TGP = 80 UI/l.**
- **Téléthorax normal**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Septicémie à BGN à porte d'entrée urinaire.

b. Quels sont vos arguments ?

- Anamnèse : post opéré de la prostate.
- Frison, fièvre.
- Tachycardie et polypnée.
- Altération de l'état général.
- Sonde urinaire à demeure.
- Cytolyse : presque 2 fois de la normale.
- ↑ Urée et Créatinémie.
- Hyperleucocytose à PNN.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Quel traitement prescrivez-vous immédiatement ?

- Hémoculture avant toute antibiothérapie aux pics thermiques.
- ECBU.
- Echographie rénale.

→ Traitement :
- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Double antibiothérapie, bactéricide, en IV : Cefotaxime (Claforan) 200 mg/kg/j en IV, 4 x j, 8 g/j pendant 6 semaines + Gentamycine à dose 80 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours. Si allergie : Fluoroquinolone.
- Surveillance clinique : localisations secondaires.

6. **P2 / 2008 Cas clinique n°1**

Un patient âgé de 70 ans, demeurant à Djelfa, consulte pour fièvre non chiffrée évoluant depuis 36 heures, accompagnée de frissons et d'une douleur lombaire droite.

*** A l'interrogatoire : Pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers**

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré

- T° = 40°C, FC = 30/mn, FR = 32/mn, TA = 10/06 cm Hg

- Coloration jaunâtre des conjonctives

- Pointe de rate

- Le reste de l'examen clinique est sans particularités

*** Les examens complémentaires pratiqués en urgence montrent :**

- NFS : GB = 20.000/mm³ avec PN 85%, Hb = 11 g/dl, Plaquettes = 200.000/mm³

- TGO = 165 UI/l, TGP = 200 UI/l, Bilirubine totale = 25 mg/l

- Glycémie = 0,95 g/l, Urée sanguine = 0,70 g/l, Créatinémie = 14 mg/l

- Chimie urinaire : traces de protéines, présence de sang et de nitrites.

- Echographie abdomino-pelvienne : lithiase rénale droite avec dilatation modérée des cavités pyélo-calicielles

- Téléthorax normal

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Septicémie à BGN, à porte d'entrée urinaire et localisation secondaire hépatique.

b. Quels sont vos arguments ?

- Syndrome infectieux : Fièvre 40°C + frisson.
- Ictère → atteinte hépatique.
- Altération d'état général.
- Aspect échographique : stase = infection.
- Hyperleucocytose à PNN.

c. Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémoculture : avant toute antibiothérapie + aseptie et aux piques thermiques.
- ECBU.
- Echographie rénale.

d. Rédigez la fiche thérapeutique de ce patient :

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord.
- Double antibiothérapie : Claforan = Cefotaxime à dose 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines + Gentamycine 80 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours.
- Surveillance clinique : T°, diurèse.

e. Que doit-on craindre chez ce patient ?

- Choc septique. - Récidive - Localisation secondaire.

7. **P4 / 2008 Cas clinique n°1**

Un patient âgé de 65 ans, opéré de la prostate il y a 06 jours, est amené en consultation pour fièvre et frisson évoluant depuis 36 heures.

*** L'examen clinique de ce patient porteur d'une sonde urinaire à demeure retrouve :**

- Etat général altéré

- T° = 39°5 C, FC = 110/mn, FR = 30/mn, TA = 10/06 cm Hg

- Rate palpable sous le rebord costal

- Le reste de l'examen clinique est sans particularité

*** Le bilan pratiqué en urgence montre :**

- NFS : GB = 20.000/mm³ (avec PN 80%, Eo 2%, B 1%, L 15%, M 2%), Hémoglobine = 10 g/dl

- Urée sanguine = 0,60 g/l, Créatinémie = 13 mg/l

- Transaminases: TGO = 75 UI/l, TGP = 80 UI/l

- Téléthorax normal

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Septicémie à BGN, à porte d'entrée urinaire et localisation secondaire hépatique.

b. Quels sont vos arguments ?

- Syndrome infectieux : fièvre + frisson.
- Cytolyse hépatique 2 x N.
- Porte d'entrée : sonde urinaire à demeure.
- Hyperleucocytose à PNN.
- Altération de l'état général.

c. Quel bilan pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémocultures multiples avant ATB.
- ECBU.
- Echographie rénale.

d. Quel traitement prescrivez-vous immédiatement ?

- Hospitalisation.
- Mise en condition + deux voies d'abords.
- ATB double bactéricide, synergique, en IV : Claforan = Cefotaxine 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines + Gentamycine 80 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours.
- Surveillance clinique.
- Enlever la sonde urinaire.

8. ***Examen du P5 / 2006, Cas clinique n°1***

Monsieur B.M. âgé de 64 ans, est hospitalisé en Urologie pour résection d'un adénome de la prostate.
*** Ses antécédents médicochirurgicaux sont les suivants :**
- DNID sous hypoglycémiants oraux
- IDM il y a 10 ans
- Au 7ème jour de l'intervention, il présente brutalement une fièvre à 39°C et des frissons
*** A L'examen de ce malade porteur d'une sonde à demeure :**
- Etat général altéré
- TA = 08/04 cmHg, Pouls = 130/mn, FR = 32/mn
- Diurèse à 20 cc/heure
- Le patient est agité
- Pointe de rate
- Marbrures des genoux
- Le reste de l'examen est normal
*** Le bilan pratiqué en urgence montre :**
- NFS : GB = 12.000/mm³ dont 80% Poly.neutrophiles, Eosin 02%, Baso 01%, Lymphocytes 15%, Monocytes 02%
- Urée sanguine = 1,2 g/l
- Créatinémie = 20 mg/l
- Glycémie = 1,30 g/l
- Ionogramme sanguin normal
- Radiographie thoracique : sans anomalie

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ? Et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Choc septique à BGN à porte d'entrée urinaire.
→ Arguments :
- Fièvre 39°C + frissons.
- Choc septique : TA = 8/4, marbrure des genoux, agitation + oligurie.
- Polypnée + tachycardie.
- Porte d'entrée : sonde vésicale à demeure avec chirurgie de prostate.
- Hyperleucocytose à PNN.
- ↑ urée et créatinine.

b. Quels sont les examens complémentaires que vous devez pratiquer pour confirmez votre diagnostic ? Et préciser les modalités de prélèvement :

- Hémoculture :
* Avant toute antibiothérapie
* Aux plis thermiques
* Multiples à intervalle de 30 min
* Condition d'asepsie.
- ECBU : recherche de germe.
- Echographie rénale + bilan hépatique.

c. Quel traitement prescrivez-vous immédiatement ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords
- Remplissage vasculaire aux macromolécules.
- Surveillance : T°, TA, FC, diurèse.
- Double antibiothérapie bactéricide, synergique et à longue durée, par voie parentérale : Cefotaxime = Claforan : 200 mg/kg/j en IV, 4 x j, pendant 6 semaines + Gentamycine 80 mg/j en IM, 2 x j pendant 10 jours.

d. Quels sont les paramètres de surveillance ?

- Tension artérielle.
- Les constantes : FR et FC
- Diurèse.
- Température.
- Signes cutanés, marbrure.
- Glycémie
- ECG (IDM depuis 10 ans).
- FNS.
- Bilan rénal : Urée et Créatinine.

9. *Rattrapage 2005 Cas clinique n°1*

Un patient âgé de 65 ans, se présente à votre consultation pour une fièvre avec frissons.
*** Dans ses antécédents, on retrouve la notion de :**
- Diabète régulièrement suivi et équilibré
- Intervention chirurgicale sur les voies urinaires une semaine auparavant (Résection d'un adénome de la prostate)
*** A l'examen clinique :**
- T° = 36°C, TA = 110/60 mmHg, FC = 120/mn, FR = 30/mn
- Splénomégalie type I
- Présence d'une sonde vésicale à demeure
*** Le bilan pratiqué en urgence :**
- Leucocytose à $15000/mm^3$, Hb = 12 gr/dl, Plaquettes = $150.000/mm^3$
- Glycémie à 1,30 g/l
- Créatinémie à 14 mg/l

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Septicémie à BGN à porte d'entrée urinaire.

b. Quels sont vos arguments diagnostiques ?

- Hypothermie 36°C + frisson.
- Intervention sur les voies urinaires.
- Polypnée + tachycardie.
- Hyperleucocytose + thrombopénie.
- Diabétique : terrain immunodéprimé.
- ↗ créatinémie.

c. Quel bilan pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- Hémoculture : avant toute antibiothérapie au pic hypothermique.
- ECBU.
- Echographie rénale et hépatique.
- Bilan hépatique.

d. Quel traitement préconisez-vous ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Double antibiothérapie : Cefotoxime = Claforan 8 g/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines + Gentamycine en IM 80 mg/j pendant 10 jours. Si allergie → Ciprofloxacine (Quinolone).
- Surveillance clinique.

e. Quelles sont les complications que vous devez rechercher ?

- Choc septique.
- Localisation secondaire.
- Récidive.

6. TETANOS

QROC

1. *P4 2012 Question N° : 6*

Citez trois (03) causes locales de trismus.

- Accident infectieux de la dent de sagesse, dans ce cas le trismus est unilatéral ;
- Phlegmon de l'amygdale : c'est une infection de toute la loge amygdalienne, le trismus est unilatéral.
- L'arthrite temporo-maxillaire : elle se voit après sérothérapie vers le 8ème jour, elle peut être bilatérale.
- Le trismus du à certains neuroleptiques.
- Le trismus neurologique du à certaines atteintes bulboprotubérantielles.

2. *P2 2012 Question N° : 1*

Un agriculteur de 65 ans, consulte pour difficulté à ouvrir la bouche, et l'examen clinique retrouve :
- Un patient conscient avec un état général conservé.
-T° 37.2°C, TA 13/08cmHg, FR 24cycles/mn, FC 80pul/mn.
- Impossibilité de l'ouverture de la bouche à l'examen clinique.
A. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

-Tétanos

B .Sans traitement, quelle sera l'évolution clinique de votre patient ?

Les contractures deviennent généralisées et l'examen clinique permet de noter les éléments suivants :
- Une hyper-réflectivité ostéo-tendineuse généralisée sans signe de Babinski ;
- Une raideur douloureuse du rachis avec exagération de la lordose lombaire et hyperextension ;
- Une saillie des muscles abdominaux et thoraciques notamment lm intercostaux ;
- Une rétention urinaire et des troubles de la déglutition.

3. *P2 / 2011 QROC n°2*

Citez quatre (04) étiologies à rechercher devant un trismus :

- Tétanos.
- Arthrite temporo-maxillaire post sérothérapie.
- Alcalose métabolique.
- Accident infectieux de la dent de sagesse.

4. P3 / 2011 QROC n°3

Quelle est votre conduite à tenir devant une plaie souillée de la jambe, secondaire à un accident de la voie publique ?

- Désinfection locale pour éviter la surinfection.
- Traitement local au Péni G.
- Risque de tétanos : évaluer selon le dernier rappel vaccinal si :
* < 5 ans → Rein à faire.
* Entre 5 et 10 ans → Rappel vaccinal seul.
* Dernier rappel > 10 ans → Sérovacination car le risque est important (la plaie est souillée) : Sérum 40 unités/kg avec méthode Besredka.
- Vaccin.

5. P1 / 2009 QROC n°2

Quelle est votre CAT devant une plaie à risque tétanigène chez un jardinier âgé de 55 ans dont le dernier rappel DT remonte à 15 ans ?

- Désinfection de la plaie.
- Péni G comme traitement local pour éviter la surinfection.
- Dernier rappel remonté à 15 ans ⇒ Sérovaccination.

6. P5 / 2009 QROC : 4

Monsieur M. Ali, âgé de 63 ans, jardinier, consulte pour difficulté à ouvrir la bouche. Aucun antécédent médicochirurgical n'est rapporté par le patient. A l'examen clinique :
- Etat général conservé
- T° = 37°2 C, TA = 14/08 cm Hg, FC = 70/mn, FR = 24/mn
- Limitation de l'ouverture de la bouche
- Le reste de l'examen est sans particularité

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Trismus bilatéral → Diagnostic : Tétanos.

b. Citez 02 autres étiologies ?

- Artérite temporo-maxillaire post sérothérapie.
- Alcalose métabolique.

7. P6 / 2009 QROC :4

Quelle est votre CAT devant une plaie ouverte souillée de terre chez un ouvrier agricole dont le dernier rappel DT remonte à 12 ans ?

- Désinfection de la plaie.
- Traitement au Péni G local pur éviter la surinfection.
- Dernière rappel > 10 ans ⇒ Sérovaccination sérum SAT + vaccin.

8. P3 / 2008 QROC n°2

Citez 04 étiologies à rechercher devant un trismus :

- Phlegmon péri-amygdalien.
- Tétanos.
- Arthrite maxillo-temporale post sérothérapie.
- Alcalose métabolique : hypokaliémie.

9. P5 / 2008 QROC n°2

Monsieur M.A. âgé de 60 ans, jardinier, consulte pour difficultés à ouvrir la bouche. Aucun antécédent médicochirurgical n'est rapporté par ce patient. A l'examen clinique :
- Etat général conservé
- T° = 37°2 C, TA = 14/08 cm Hg, FC = 70/mn, FR = 24/mn
- Limitation de l'ouverture de la bouche
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités

a. Quel diagnostic devez-vous retenir en premier lieu ?

- Trismus bilatéral : Tétanos.

b. Citez 02 autres étiologies à évoquer devant un tel tableau :

- Arthrite temporo-maxillaire post sérothérapique
- Alcalose métabolique.

10. Examen du P5 / 2006, QROC n°3

Un sujet âgé de 35 ans dont le dernier rappel DT (diphtérie-tétanos) remonte 07 ans, consulte pour une plaie souillée de terre, siégeant à la main droite. Quelle est votre conduite à tenir ?

- Le dernier rappel remonte à 7 ans avec risque important car la plaie est souillée de terre ⇒ rappel de vaccin seul.
- Pas de sérum.
- Désinfection de la plaie.
- Traitement local au Péni G pour éviter la surinfection.

7. DIPHTERIE

QROC

1. *P1 / 2013 QROC n°3*

Donner la fiche thérapeutique d'une angine diphtérique commune, chez un enfant pesant 25 kg.

- Hospitalisation.
- Sérum anti diphtérique : 25.000 unités après test de Besredka.
- Vaccination J1, J3, J15.
- Traitement antibiotique à base de Péni G 100.000 U/kg/j = 2.5 M U/j pendant 10 jours en IM. Si allergie : Erythromycine 50 mg/kg/j = 1250 mg/j.
- Isolement pendant 1 mois.
- Déclaration obligatoire de la maladie.

2. *P1 / 2011, QROC n°1*

Rédigez la fiche thérapeutique d'une angine diphtérique commune chez un enfant de 10 ans pesant 40 kg :

- Hospitalisation.
- Sérum anti diphtérique : 40.000 unités après test de Besredka.
- Vaccination J1, J3, J15.
- Traitement antibiotique à base de Péni G 100.000 U/kg/j = 4 M U/j pendant 10 jours en IM. Si allergie : Erythromycine 50 mg/kg/j = 2 g/j.
- Isolement pendant 1 mois.
- Déclaration obligatoire de la maladie.

3. *P4 / 2010 QROC :4*

Rédigez la fiche thérapeutique d'une angine diphtérique commune chez une fillette de 04 ans, pesant 20 kg :

1- Hospitalisation.
2- Sérum à dose 1000 U/kg = 20.000 unités après test de Besredka 0.1 ml en IM, 15 min après → 0.25 ml, 15 min après → on injecte la dose totale en deux endroits différents : la ½ en IM deltoïde et ½ en SC.
3- Vaccination → J0, J3, J15.
4- Repos strict si myocardite.
5- Trachéotomie, intubation ou corticothérapie si encombrement bronchique.
6- Isoler le malade.
7- A la fin de traitement : faire 2 prélèvements de gorge à 48h de temps.
8- Déclaration obligatoire de la maladie.
9- Eviction de la crèche.

4. *P5 / 2009 QROC : 2*

Rédiger la fiche thérapeutique d'une angine diphtérique commune chez un enfant âgé de 7 ans et pesant 30 kg :

- Hospitalisation et isolement.
- Sérovaccination : sérum 1000 U/kg : 30.000 U (30 kg) avec méthode de Besredka + Vaccin en J1, J3, J15.
- Eviction pendant un mois.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Antibiotique : Péni G 3.000.000 U/j pendant 10 jours. Si allergie : Erythromycine 50 mg/kg/ = 1.5 g/j.
- Repos si myocardite associée.

5. *P5 / 2008 QROC n°4*

Rédigez la fiche thérapeutique d'une angine diphtérique commune chez un enfant âgé de 7 ans, pesant 30 kg ?

- Hospitalisation et isolement pendant 1mois.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Sérovaccination : sérum : 30.000 unités selon test de Besredka.
- Vaccin à J0, J3, J15.
- Antibiotique → Péni G 3 M U/j en IM pendant 10 jours.
- Repos si myocardite.
- Corticothérapie ou trachéotomie si encombrement trachéo-bronchique.

CAS CLINIQUES

6. *P3 / 2011 Cas clinique n°1*

Une femme âgée de 40 ans, habitant la campagne, consulte aux urgences pour fièvre évoluant depuis 10 jours environ.

*** A l'interrogatoire :**

- Pas d'antécédents pathologiques notables.

- Une asthénie, anorexie, céphalées et constipation.

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré.

- T° = 40°C, FC = 80/mn, FR = 25 c/mn, TA = 10/08 cmHg.

- Patiente très asthéniée, répondant très lentement aux questions.

- Abdomen distendu et sensible.

- Rate palpable sous le rebord costal.

*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**

- NFS : GB = 4.000/mm³ (40% PNN, 2% E, 58% Lym), Hb = 10 g/dl, Plq = 200.000/mm³

- VS = 30/50

- Téléthorax : normal

- ASP : aérocolie diffuse.

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre à 40°C et FC = 80/min donc dissociation T°c/pouls.
- Asthénie.
- Anorexie.
- Céphalée.
- Constipation (presque il y a chevauchement entre les deux septénaires parce qu'on est au 10ème jour).
- Météorisme abdominal.
- Altération de l'état général.
- Leucocytes peuvent être normales (c'est le cas)

c. Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérodiagnostic de Widal et Félix.
- Hémoculture : avant toute antibiothérapie et aux pics thermiques.
- Coproculture sur selles fraiches du matin.

d. Quelle est votre conduite à tenir vis-à-vis de la patiente ?

- Hospitalisation et isolement du malade.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Un antibiotique à bonne diffusion lymphatique et à dose bactéricide en intercellulaire, c'est le Thiamphénicol à dose progressive, c'est-à-dire le 1er j → ¼ dose totale, J2 → ½ DT, J3 → ¾ DT, J4 → DT. Durée pendant toute la phase fébrile puis 2 semaines après apyrexie.
- Surveillance : FNS/ semaine (effet II du traitement).
- Recherche des complications à type :
  * Syndrome pseudo-perforatif par ASP
  * Echographie cardiaque pour myocardite typhique.
- Il faut rechercher la source de la maladie et la traiter (maladie à transmission hydrique).
- Il faut informer tous les secteurs, exemples : les boulangeries.

7.

P4 / 2011 Cas clinique N°2

Un nourrisson âgé de 04 mois, pesant 6 kg, né à terme, est amené par ses parents aux urgences pour difficultés respiratoires.
*** A l'interrogatoire :**
- Cas similaires dans l'entourage immédiat.
- Aucune vaccination reçue à ce jour.
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré, pâleur cutanéo-muqueuse.
- T° = 38°C, FR = 40 cyc/mn, FC = 40 pul/mn.
- ADP sous angulo-maxillaires.
- L'examen de la gorge : retrouve un enduit blanchâtre sur les piliers postérieurs et la luette.
- Radiographie pulmonaire faite en urgence est dans les limites de la normale.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune en phase d'état.

b. Quel sont vos arguments ?

→ Interrogatoire :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination.

→ Clinique :
- Altération de l'état général.
- Polypnée + tachycardie.
- Pâleur.
- ADP sous angulo-maxillaires.
- Aspect de fausses membranes.

c. Quel examen complémentaire vous permet de confirmer le diagnostic ? et quel en est le germe responsable ?

- Examen : prélèvement de gorge
- Germe responsable : Corynebactérium diphtériae.

d. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation.
- Sérum 20.000 unités après test de Besredka.
- Vaccination en J1, J3, J15.
- Traitement antibiotique par Péni G 100.000 U/kg/j = 600.000 U/j. Si allergique : Erythromycine 50 mg/kg/j = 3 g/j pendant 10 jours.

8.

Cas clinique N°2 du P 01 2010 09/12/2009 QROC :

Samir, âgé de 14 ans, pesant 45 kg et habitant à Tiaret, se présente à votre consultation pour difficulté à avaler avec fièvre depuis 03 jours.
*** A l'interrogatoire :**
- Statut vaccinal difficile à préciser,
- Aucun antécédent médicochirurgical.
*** A l'examen clinique :**
- Patient fatigué et pâle,
- T° = 38°C, FC = 105/mn, FR = 24/mn, TA = 09.5/05 cm Hg
- Amygdales tuméfiées rouges, recouvertes d'un enduit blanchâtre, ne se décollant pas facilement,
- Adénopathies sous angulo-maxillaires bilatérales et sensibles,
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse :
- Statut vaccinal difficile à préciser avec âge de 14 ans.
- Fièvre à 38°C.
- Aspect des amygdales à fausses membranes.
- Adénopathies satellites.
- Tachycardie et pâleur + hypotension artérielle.

c. Quelle est votre conduite à tenir vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation.
- Isolement et déclaration obligatoire.
- Prélèvement de gorge.
- Sérothérapie : 45000 unités avec le test de Besredka.
- Vaccination en J1, J3, J15.
- Traitement antibiotique à base de Péni G 100.000 U/kg/j → 4.5 M U/j pendant 10 jours. Si allergie → Erythromycine

9. ***Cas clinique n°1 / P2 2009***

Fateh âgé de 16 ans, pesant 45 kg, habitant à Frenda, se présente à votre consultation pour difficultés à avaler avec fièvre depuis 03 jours.
*** A l'interrogatoire :**
- Pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers
- Statut vaccinal difficile à préciser
*** A l'examen clinique :**
- Patient fatigué, pâle
- T° = 38°2 C, FC = 105/mn, FR = 24/mn, TA = 10/05 cm Hg
- Amygdales tuméfiées, rouges, recouvertes d'un enduit blanchâtre ne se décollant pas facilement
- Adénopathies sous angulo-maxillaires bilatérales et sensibles
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune.

b. Quels sont vos arguments ?

- Statut vaccinal inconnu.
- Fièvre à 38°2 C.
- Dysphagie.
- Adénopathie.
- Aspect des fausses membranes.

c. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation et isolement.
- Déclaration obligatoire.
- Sérovaccination : sérum : 1000 U/kg = 45.000 U + Test de Besredka, Vaccin : J0, J3, J15.
- Antibiothérapie : Péni G : 4.5 U/J pendant 10 jours.
- Repos strict si myocardites associée.

d. Que faites-vous pour les sujets contacts ?

- Porteurs sains : Extencilline pendant 3 à 6 jours à dose 600.000 U/j → enfant, 1.2 M U/j → adulte.
- Membres de famille : les vaccinés → rappel, et pour les non ou mal vaccinés → vaccin + sérum : 1000 à 5000 U.

10. ***P3 / 2008 Cas clinique n°1***

Mohamed âgé de 6 ans, est amené en consultation par ses parents pour fièvre à 38°5 C, associée à une dysphagie. Les parents n'ont pas le carnet de santé et il est difficile de préciser l'état des vaccinations antérieures.
*** A l'examen clinique :**
- Patient fatigué, pâle
- T° = 38°5 C, FC = 120/mn, TA = 10/05 cm Hg, Poids = 20 kg
- Coryza muco-purulent unilatéral gauche
- Amygdales recouvertes d'un enduit blanchâtre, ne se décollant pas et qui déborde sur le voile du palais
- Adénopathies sous angulo-maxillaires sensibles
- Autres aires ganglionnaires libres et pas de splénomégalie
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse :
- Age 6 ans.
- Incertitude des vaccinations.

→ Clinique :
- Syndrome infectieux : fièvre 38°5 C.
- Dysphagie.
- Coryza.
- Aspect des fausses membranes.
- Adénopathies + Tachycardie.

c. Quelle est votre conduite à tenir vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation.
- Isolement pendant 1 mois et éviction scolaire.
- Déclaration obligatoire.
- Sérovaccination : vaccin : J1, J3, J15. Sérum : 1000 U x 20 kg = 20.000 U avec méthode de Besredka.
- Antibiotique : Péni G : 2 M U/j pendant 10 jours en IM. Si allergie : Erythromycine 1 g/j per os pendant 10 jours.
- Repos au lit si myocardite associée.
- Corticothérapie si le coryza donne encombrement trachéo-bronchique.
- Surveillance clinique.

11. P3 / 2007 Cas clinique n°1

Akila âgée de 17 ans, consulte aux urgences pour fièvre et difficulté à avaler depuis 03 jours.
*** Elle n'a aucun antécédent médicochirurgical et son statut vaccinal n'a pu être précisé**
*** A l'examen clinique :**
- Une patiente pâle et fatiguée, pesant 45 kg
- Température à 38°4C, Pouls = 100/mn, FR = 25/mn, TA = 10/05 cm Hg
- Des amygdales tuméfiées, rouges et recouvertes d'un enduit blanchâtre, ne se décollant pas facilement
- Des adénopathies sous angulo-maxillaires bilatérales et sensibles
- Le reste de l'examen est sans particularités

a. Quel est le diagnostic que vous devez évoquer en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune.

b. Quels sont les arguments en faveur de ce diagnostic ?

- Doute de vaccination.
- Dysphagie.
- Fièvre.
- Tachycardie.
- Aspect de fausses membranes.

c. Quelle est votre conduite à tenir vis-à-vis de cette patiente ?

- Hospitalisation.
- Isolement du malade pendant 1 mois.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Sérovaccination : Sérum 45 x 1000 = 45.000 unités (Besredka) + Vaccin J0, J3, J15.
- Repos si myocardite.
- Surveillance clinique.
- Antibiothérapie : Péni G → 4.5 M U/j en IM pendant 10 jours.

12. P1 / 2006 Cas clinique n°2

Samira âgé de 15 ans, est amenée aux urgences par ses parents pour fièvre associée à une dysphagie remontant à 03 jours. Les parents n'ont pas son carnet de santé et il est difficile de préciser l'état des vaccinations antérieures.
*** L'examen clinique retrouve :**
- Un enfant fatigue, pâle et pesant 40 kg
- Température = 38°C, TA = 10/05 cm Hg, Pouls = 100 / mn
- Coryza unilatéral gauche
- Amygdale tuméfiées, rouges et recouvertes d'un enduit blanchâtre, ne se décollant pas facilement et qui débordent sur le voile du palais
- Adénopathies sous angulo-maxillaires bilatérales et sensibles
- Le reste de l'examen est normal

a. Quel est le diagnostic que vous devez évoquer en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune.

b. Quels sont les arguments en faveur du diagnostic ?

- Fièvre + dysphagie.
- Doute de vaccination.
- Coryza.
- Aspect des fausses membranes.
- Adénopathies satellites.

c. Quelle est votre conduite à tenir vis-à-vis de cette patiente ?

- Hospitalisation.
- Isolement de la malade : 1 mois.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Sérovaccination : vaccin J0, J3, J15, sérum 1000 U/kg : 40.000 U → test de Besredka à faire.
- Antibiothérapie : Péni G à dose 4 M U/j en IM pendant 10 jours.
- Repas strict si myocardite associée.
- Surveillance clinique.

13.

P2 / 2005 Cas clinique n°2

Fatima âgée de 05 ans, est amenée en urgence par ses parents, pour fièvre à 38°5 C associée à une dysphagie. Les parents n'ont pas le carnet de santé et il est difficile de préciser l'état des vaccinations antérieures.

*** L'examen clinique retrouve :**

- Un enfant fatigué, pâle avec une TA à 100/50 mm Hg, un pouls à 120 bat/mn et pesant 20 kg.

- Un coryza muco-purulent unilatéral gauche.

- Des amygdales rouges, recouvertes d'un enduit blanchâtre, ne se décollant pas facilement et déborde sur le voile.

- Des adénopathies sous angulo-maxillaires sensibles.

- Absence de splénomégalie. Le reste de l'examen est normal.

a. Quel est le diagnostic que vous évoquez en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune due à Corynebactérium diphtériae en phase d'état.

b. Quels sont les arguments en faveur du diagnostic ?

- Dysphagie
- Coryza
- Fébricule
- Fausses membranes
- Tachycardie
- Pâleur
- Doute vaccinale
- Adénopathies

→ Syndrome toxinique.

c. Quelles sont les premières mesures que vous devez prendre dans le cadre de l'urgence ?

- Hospitalisation.
- Sérothérapie parc zoologique
- Isolement et déclaration obligatoire.
- Prélèvement de gorge.

d. Rédiger la fiche thérapeutique :

1- Hospitalisation.
2- Sérum 20.000 unités après test de Besredka : on injecte 0.1 ml, après 15 min, s'il n'y a pas d'allergie, on injecte 0.25 ml de sérum → s'il n'y a pas d'allergie, on injecte la dose totale.
3- Vaccination en j1, j3, j15
4- Traitement antibiotique à base de Pénicilline G : 100.000 U/kg/j = 2 million U/j → 10 j. Si allergie au Pénicilline : on donne Erythromycine 50 mg/kg/j = 1 g / j pendant 10 jours.

e. Quelles sont les mesures prophylactiques que vous devez prendre vis-à-vis des sujets contacts ?

- Isoler le malade.
- Pour les porteurs sains → Extencilline pendant 3 à 6 j, à dose 600.000 U/j pour les enfants ; 1.2 millions U/j → pour les adultes. Si allergic : on utilise Erythromycine.
- Pour les membres de familles, on les traite par vaccination :

* Ceux déjà vaccinés → Rappel

* Les non ou mal vaccinés → Sérovaccination à dose 1000 à 5000 U de sérum → Vaccin.

14.

Rattrapage 2005 Cas clinique n°2

Un enfant âgé de 06 ans, est amené aux urgences par ses parents, pour fièvre à 38°5 C associée à une dysphagie. Les parents n'ont pas le carnet de santé et il est difficile de préciser l'état des vaccinations antérieures.

*** A l'examen clinique :**

- Un enfant fatigué, pâle avec une TA à 100/50 mm Hg, un pouls à 110/mn et pesant 20 kg

- Un coryza muco-purulent unilatéral gauche

- Des amygdales tuméfiées et rouges, recouvertes d'un enduit blanchâtre, ne se décollant pas facilement et déborde sur le voile

- Des adénopathies sous angulo-maxillaires sensibles

- Le reste de l'examen est normal

a. Quel est le diagnostic que vous devez évoquer en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune.

b. Quels sont les arguments en faveur du diagnostic ?

- Age 6 ans, difficulté de préciser l'état de vaccination.
- Clinique :

* Fièvre 38°5 C.
* Le coryza muco-purulent.
* Aspect de fausses membranes des amygdales.
* Les adénopathies.
* La dysphagie.

c. Quelle est votre conduite à tenir dans l'immédiat ?

- Hospitalisation et isolement.
- Déclaration obligatoire de la maladie
- Sérovaccination : sérum 1000 U/kg = 20.000 U avec méthode de Besredka. Vaccin J0, J3, J15.
- Antibiothérapie : Péni G 100.000 U/kg = 2 M U/j pendant 10 jours.
- Repos strict si myocardite associée.

d. Quelles sont les mesures prophylactiques que vous devez prendre vis-à-vis des sujets contacts ?

- Isoler le malade.
- Pour les porteurs sains : Extencilline pendant 3 à 6 j à dose 600.000 U/j → enfant, 1.2 M U/j → Adulte. Si allergie : Erythromycine.
- Pour les membres de famille, il faut un rappel pour les vaccinations déjà faites, sérovaccination pour les non ou mal vacciné avec sérum 1000 à 5000 U.

8. FIEVRE TYPHOÏDE

QROC

1. *P4 2012 Question N° : 1*

Un patient âgé de 30 ans est hospitalisé pour fièvre typhoïde probable non encore mis sous traitement antibiotique, présente brutalement une exacerbation des douleurs abdominales, associées à un ventre de bois à l'examen clinique.
- Quelle complication faut-il craindre?

- Perforations intestinales

- Quel(s) examen(s) complémentaire(s) en urgence devez-vous pratiquer et qu'en attendez-vous ?

- ASP retrouve le plus souvent un croissant gazeux inter hépatico-diaphragmatique.
- FNS retrouve une hyperleucocytose à PNN

2. *P2 / 2011 QROC n°5*

Une patiente traitée pour une fièvre typhoïde confirmée depuis trois (03) jours par du Chloramphénicol, présente brutalement des douleurs abdominales et un arrêt des matières et des gaz. L'ASP montre une aérocolie diffuse et la NFS : GB = 2.900/mm^3 (35 % de PNN), Hb = 9 gr/dl, Plq = 150.000/mm^3. A quoi pensez-vous ?

- Syndrome abdominal pseudo perforatif sur fièvre typhoïde. Il est en rapport avec l'utilisation de dose massive de Chloramphénicol donc il faut commencer par dose progressive.

3. *P1 / 2010 QROC : 4*

Un patient âgé de 26 ans, originaire de Djelfa, présente une fièvre évoluant depuis 11 jours avec une splénomégalie de type I. Le bilan pratiqué montre les résultats suivants :
- Hémocultures en cours
- NFS : GR à 4,4 millions /mm3, GB à 3800/mm3 avec 40% de PNN, Hb à 11 gr/dl.
- Sèrodiagnostic de Wright : 1/20
- Sèrodiagnostic de Widal :

* TO = 1/400, TH = 1/200

*** AO = 1/100, AH = 1/100**
*** BO = 1/100, BH = 1/100**
Quel est votre diagnostic ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire due au Salmonelle typhii.

4.

P1 / 2009 QROC n°4

Un jeune fellah, âgé de 30 ans, origine de Djelfa, présente une fièvre évoluant depuis 12 jours avec une splénomégalie de type 1, le bilan pratiqué en première intention montre les résultats suivants :

i. Hémoculture en cours
ii. NFS : GB = 4.100/mm³ dont 70% de PNN, Hémoglobine = 11 g/dl
iii. Sérodiagnostic de Wright = 1/20
iv. Sérodiagnostic de Widal et Felix =
1. AO = 1/400 - AH = 1/200
2. TO = 1/100 - TH = 1/100
3. BO = 1/100 - BH = 1/100
Quel est votre diagnostic ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire due à la Salmonelle paratyphii A.

5.

P2 /2009 QROC n°2

Quelle est votre CAT devant une fièvre typhoïde commune confirmée chez un jeune homme âgé de 16 ans et pesant 15 Kg ?

- Hospitalisation.
- Antibiothérapie à dose bactéricide, en intracellulaire. Thiamphénicol à dose augmentée progressivement, 4 x j, per os, à dose de 750 mg/j pendant toute la période fébrile et 2 semaines après apyrexie.
- Surveillance clinique et biologique : NFS/semaine.
- Rééquilibre hydro-électrolytique.

6.

P4 / 2009 QROC : 5

Un jeune éleveur de bétail, âgé de 32 ans, originaire de M'sila, présente une fièvre évoluant depuis 12 jours avec une splénomégalie de type I. Le bilan pratiqué montre les résultats suivants :

a. Hémocultures en cours
b. NFS : GR à 4200/mm³ dont 45% de PNN, Hémoglobine = 11 g/dl
c. Sérodiagnostic de Wright : 1/40
d. Sérodiagnostic de Widal et Felix
i. AO = 1/100 AH = 1/100
ii. BO = 1/400 BH1/ /200
iii. TO = 1/100TH= 1/100
Quel est votre diagnostic ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire due au Salmonella para typhii B.

7.

P5 / 2009 QROC : 3

Un jeune fellah, âgé de 25 ans, originaire de Ain Défia, présente une fièvre évoluant depuis 15 jours avec une splénomégalie de type I. Le bilan pratiqué en première intention montre les résultats suivants :

i. Hémocultures en cours
ii. NFS : GB = 3.900/mm³ dont 65 % de PNN, Hémoglobine = 10 gr/dl
iii. Sérodiagnostic de Wright : 1/20
iv. Sérodiagnostic de Widal et Félix :
1. AO : 1/100 AH : 1/200
2. TO : 1/100 TH : 1/100
3. BO : 1/400 BH : 1/200
Quel est votre diagnostic ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire due à la Salmonella para typhii B.

8.

Rattrapage 2009 QROC :4

Devant une fièvre avec leuco-neutropénie, quels sont les arguments épidémiologiques, cliniques et biologiques qui plaident en faveur du diagnostic d'une Fièvre typhoïde au 2ème septénaire ?

→ Anamnèse : Notion de contage.
→ Clinique :
- Diarrhée jaune ocre en jus de melon.
- Dissociation T°/ pouls → FC normale.
- Fièvre en plateau à 40°C.
- Tuphos et délire, inversion du rythme nycthéméral du sommeil.
- Taches roses lenticulaires à la partie basse du thorax et en haut de l'abdomen.
→ Biologique :
- Leuco-neutropénie.
- Hémoculture et coproculture (+).
- Sérodiagnostic de Widal et Felix (+).

9.

P1 / 2008 QROC n°1

Citez les particularités cliniques de la fièvre typhoïde chez l'enfant :

- Tuphos est rare.
- Fièvre irrégulière.
- Début brutal.
- Absence de dissociation pouls / température.
- Tableau de méningisme ou pneumonie.

10. *P3 / 2008 QROC n°5*

Un patient âgé de 25 ans, originaire de M'sila, présente une fièvre évoluant depuis 12 jours avec une splénomégalie de type I. Le bilan pratiqué montre les résultats suivants :
- Hémocultures en cours
- NFS : GR à 4,5 millions/mm³, GB à 4.000/mm³ avec 65% de PN, Hb = 11 g/dl
- Sérodiagnostic de Wright : 1/20
- Sérodiagnostic de Widal : TO = 1/400, TH = 1/100
Quel est votre diagnostic ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire due au Salmonella typhii.

11. *P4 / 2008 QROC n°5*

Citez 04 complications de la fièvre typhoïde :

- Syndrome pseudo-perforatif.
- Hémorragie digestive.
- Myocardite infectieuse typhique.
- Encéphalite et méningite.

12. *P6 / 2008 QROC n°1*

Un patient âgé de 35 ans, hospitalisé et traité par du Chloramphénicol pour fièvre typhoïde confirmée, présente brutalement une exacerbation des douleurs abdominales et du météorisme. L'ASP fait en urgence est normal et l'hémogramme révèle 3.800 GB/mm³ dont 45% de PN neutrophiles. A quoi pensez-vous ?

- Syndrome abdominal pseudo perforatif en rapport avec la prise intempestive de Chloramphénicol et libération massive de toxine par lyse des Salmonella typhii.

13. *Rattrapage 2005 QROC n°4*

Quels sont les arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques en faveur du diagnostic de la fièvre typhoïde à la phase d'état ?

→ Epidémiologiques :
- Notion de contage ou cas similaire.
- Consommation d'eau de boisson.

→ Cliniques :
- Fièvre en plateau à 40°C.
- Dissociation T°C/pouls donc FC normale.
- Tachcs rosés lenticulaires non prurigineuses.
- Angine de Duguet.
- Diarrhée en jus de melon jaune ocre.
- Tuphos, délire, méningisme.

→ Paracliniques :
- Leuco-neutropénie.
- Hémoculture (+), coproculture (+).
- Sérologie de Widal et Felix (+).

CAS CLINIQUES

14. *Cas clinique P2 2012 N° :2*

Une femme âgée de 40 ans pesant 60kg originaire de M'SILA, consulte pour une fièvre, céphalées et vertiges évoluant depuis 7jours.
A l'examen clinique :
- Etat général moyennement altéré, pâleur cutanée.
- T°40°C, FR 25cyc/mn, FC 80pul/mn, TA 10/05cmHg
- Rate palpable sous le rebord costal, abdomen ballonné et sensible.
- Présence de selles liquides à saison de 4 à 5 épisodes par jour.
Le bilan pratiqué en urgence montre :
- NFS: GB 4500 (35% PNN), Hb 09g/dl, Plq 150 000.
- SGOT 3x Nle, SGPT 2xNle,Blirubine 10mg/l.
- Télé thorax : normal, ASP : aérocolie.

a- Quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu ?

- Fièvre typhoïde

b- Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse : céphalée, zone endémique
→ Clinique : pâleur cutanée, abdomen météorisé, fièvre T°40°C , splénomégalie
→ Biologique : leucocytose normale et anémie légère.

c- Quels examens complémentaires pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic

- Coproculture.
- Hémoculture.
- Sérodiagnostic de Widal et Felix.

Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord.
- Transfusion sanguine.
- Antibiothérapie : Thiamphénicol pendant toute la phase fébrile et arrêter après deux semaines d'apyrexie à dose progressive J1 → 1/4, J2 → ½, J3 → ¾ la dose total, J4 → dose totale qui est 2 g/j per os.
- Surveillance : NFS/ semaine (hématotoxique) et observance du traitement.
- Hygiène des mains.
- Isoler le malade.
- Coproculture à intervalle de 48 h pour confirmer la guérison.

15.

Cas clinique n°2 / PS 2010

Une jeune femme âgée de 40 ans, originaire d'EL OUED, sans aucun antécédent médico-chirurgical, consulte pour fièvre apparue depuis 7 jours.

A l'interrogatoire :

- Notion de cas similaires.

- La fièvre est associée à une asthénie, des maux de tête, perte d'appétit et douleurs abdominales.

A l'examen clinique :

- Etat général moyen, pâleur cutanéo-muqueuse chez une patiente qui répond avec lenteur aux questions.

- T° 40°C, FC 85/mn, FR 30 c/mn, TA 10/07 cm Hg

- L'abdomen est météorisé, sans défense ni contracture.

- La rate est palpable sous le rebord costal.

Le bilan pratiqué en urgence révèle :

- NFS : GB = 3.200/mm³ avec 52% de PN, Hb = 10 g/dl et les Plaquettes = 200.000/mm³.

- Téléthorax : sans anomalies.

- ASP : aérocolie.

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Fièvre typhoïde au deuxième septénaire.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse : contage, asthénie, prostré, anorexie, douleur abdominale, céphalée.
→ Clinique : pâleur, abdomen météorisé, fièvre, splénomégalie, dissociation T°C/pouls.
→ Biologique : leucopénie et anémie légère.

c. Quel(s) bilan(s) pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- Coproculture.
- Hémoculture.
- Sérodiagnostic de Widal et Felix.

d. Quelle est votre CAT ?

1- Hospitalisation.
2- Deux voies d'abord.
3- Transfusion sanguine.
4- Antibiothérapie : Thiamphénicol pendant toute la phase fébrile et arrêter après deux semaines d'apyrexie à dose progressive J1 → 1/4, J2 → ½, J3 → ¾ la dose total, J4 → dose totale qui est 2 g/j per os.
5- Surveillance : NFS/ semaine (hématotoxique) et observance du traitement.
6- Hygiène des mains.
7- Isoler le malade.
8- Coproculture à intervalle de 48 h pour confirmer la guérison.

16.

PS / 2008 Cas clinique n°1

Un jeune berger âgé de 30 ans, originaire de Ain Defla, consulte au pavillon des urgences pour fièvre.

*** A l'interrogatoire :**

- Notion de cas similaires et absence de tout antécédent médicochirurgical

- Apparition de la fièvre depuis 09 jours, associée à une asthénie, des sueurs, des céphalées et des selles diarrhéiques apparues la veille

*** A l'examen clinique :**

- Etat général moyen avec asthénie marquée

- T° = 39°5 C, FC = 75/mn, FR = 30/mn, TA = 11/06 cm Hg

- Abdomen météorisé sans défense ni contracture

- Rate palpable sous le rebord costal

- Le reste de l'examen est sans particularités

*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**

- NFS : GB = 3.800/mm³ avec PN 45%, Hémoglobine = 11 g/dl, Plaquettes = 200.000/mm³

- Téléthorax normal

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Fièvre typhoïde au deuxième septénaire due au Salmonelle typhii.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse :
- Notion de contage.
- Fièvre depuis 9 jours.
- Asthénie + sueur.
→ Clinique :
- Fièvre.
- Météorisme abdominal.
- Splénomégalie.
→ Biologie :
- Leuco-neutropénie.

c. Quel bilan pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- Sérodiagnostic de Widal et Felix (+).
- Hémoculture (+).
- Coproculture (+).

d. Quel traitement médical prescrive-vous à ce patient ?

- Hospitalisation.
- Isolement du malade.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Antibiotique à bonne diffusion lymphatique et intracellulaire, bactéricide : Thiamphénicol 2 g/j à dose progressive pendant la fièvre + 2 semaines après apyrexie.
- Surveillance clinique et biologique : FNS / semaine.

9. BRUCELLOSE

QROC

1. *P1 / 2011, QROC n°2*

Parmi les antibiotiques suivants : Rifampicine, Erythromycine, Doxycycline, Gentamycine, Imipenème, Oxacilline, citez-en trois (03) actifs sur les Brucelles :

- Rifampicine
- Doxycycline
- Gentamycine.

2. *P5 / 2010 QROC :2*

Citez quatre (04) antibiotiques utilisés dans le traitement curatif dé la brucellose septicémique :

- Cycline.
- Rifampicine.
- Co-trimoxazole.
- Gentamycine.

3. *P6 / 2009 QROC : 3*

Citez 03 antibiotiques utilisés dans le traitement curatif de la brucellose :

- Les cyclines : Doxycycline.
- Rifampicine.
- Co-trimoxazole.

4. *P6 / 2008 QROC n°6*

Parmi les ATB suivants : Rifampicine, Doxycycline, Oxacilline, Gentamycine, Amoxicilline/Acide clavulanique et Imipenem, lesquels sont actifs sur les brucelles ? (Citez en 03)

- Rifampicine.
- Doxycycline.
- Gentamycine.

5.

P4 / 2006 CROQ n°2

Vous recevez à votre consultation, un patient âgé de 52 ans, qui présente des douleurs lombaires d'évolution subaiguë. Quels sont les arguments épidémiologiques, cliniques, biologiques et radiologiques que vous allez rechercher pour étayer le diagnostic d'une spondylodiscite brucellienne ?

→ Epidémiologique :
- Notion de profession : vétérinaire.
- Contact avec les animaux.

→ Clinique :
- Fièvre + sueur + état général conservé.
- Douleur lombaire + contractures musculaire.

→ Biologie : NFS : Leuconentropénie.

→ Radiographie : Scintigraphie : hyperfixation + pincement discal avec retard radiologique par rapport à la clinique.

CAS CLINIQUES

6.

Cas clinique P4 2012 N° :1

Un technicien de laboratoire, âgé de 25 ans, sans antécédents médicochirurgical, consulte pour fièvre évoluant depuis 03 semainesaccompagnée de sueurs, asthénie et de douleurs fessières gauche à la marche.

L'examen physique retrouve ;
- **Un état général conservé.**
- **T° : 38.5°C, FC 100/mn, FR 22cycles/mn, TA 11/7cmHg.**
- **Ganglions axillaires augmentés de volume.**
- **Rate dépassant le rebord costal.**
- **Flèche hépatique à 14 cm.**
- **Douleurs provoquées à la pression des 2 épines iliaques antéro supérieures.**

Le bilan pratique en urgence révèle :
- **NF5 : GB 3500 dont 40% de PNN, HB : 10g/dl, PLq :160 000/mm3**
- **ASAT : 80 UI/l, ALAT : 100UI/l.**
- **Radiographie standard du bassin est sans anomalies.**

a- Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?
- Brucellose aigue.

b- Quels sont vos arguments ?
- Un technicien de laboratoire (maladie professionnelle)
- Fièvre + sueur + asthénie
- douleurs fessières gauche à la marche.
- Un état général conservé.
- ADP axillaires.
- SPM
- HPM
- NF5 : leucopénie
- TA ↑

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?
- Sérologie de Wright.
- IDR à la Militine.
- Coloration de Rose Bengale.

d- Quelle est votre CAT ?
- hospitalisation
- Recherche autre localisation secondaire → échographie.
- Antibiothérapie double, à bonne diffusion lymphatique et intracellulaire, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j pendant 45 jours.
- Surveillance clinique d'effet secondaire du traitement : Rifampicine.

e. Sur quels éléments est basée la prophylaxie générale de la maladie ?
- Déclaration obligatoire.
- Enquête épidémiologique.
- Abattage des animaux malades.
- Vaccination des troupeaux.
- Contrôle des produits laitiers.
- Education sanitaire.
- Maladie professionnelle :
  - Déclaration.
  - Bilan.
  - Indemnisation.

7.

P2 / 2011 Cas clinique n°1

Un patient âgé de 35 ans, résidant à Djelfa, sans profession, consulte pour une fièvre non chiffrée, évoluant depuis 12 jours, accompagnée de sueurs nocturnes et de douleurs articulaires diffuses, avec apparition d'une tuméfaction scrotale droite.
*** A l'interrogatoire : on ne retrouve pas de notion de cas similaires et pas d'antécédents pathologiques particuliers**
*** A l'examen clinique :**
- EG conservé, sub-ictère conjonctival.
- T° = 38°5 C, FC = 100/mn, FR = 28/mn, et TA = 11/07 cmHg.
- Présence d'ADP cervicales et inguinales, indolores et fermes, de 1.5 cm de diamètre.
- Rate palpable sous le rebord costal.
- Débord hépatique.
- Testicule droit augmenté de volume, rouge et sensible.
*** Bilan pratiqué en urgence :**
- NFS : GB = 3.000/mm³ (40% de PNN), Hb = 11 gr/dl, Plq = 170.000/mm³.
- VS = 30/60.
- TGO = 165 UI/l, TGP = 190 UI/l, Bilirubine = 35 mg/l.
- Echographie abdominale : pas d'anomalies.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1er lieu ?

- Brucellose aigue avec localisation secondaire type scrotale.

b. Sur quels arguments ?

- Fièvre sudoro-algique.
- Etat général conservé.
- ADP cervicales et inguinales.
- Splénomégalie.
- Orchite.
- Leuco-neutropénie.
- Cytolyse hépatique : ↑ Transaminase.
- Bilirubine ↑.

c. Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour confirmer le diagnostic?

- Sérologie de Wright.
- IDR à la Militine.
- Coloration de Rose Bengale.

d. Quelle est votre CAT ?

- Recherche autre localisation secondaire → échographie.
- Antibiothérapie double, à bonne diffusion lymphatique et intracellulaire, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j pendant 45 jours.
- Surveillance clinique d'effet secondaire du traitement : Rifampicine.

8.

Cas clinique N°1 du P 01 2010 09/12/2009

Un patient âgé de 31 ans, sans antécédents médicochirurgicaux, résidant à M'sila, enseignant, consulte pour une fièvre évoluant depuis 18 jours, accompagnée de sueurs et de douleurs articulaires diffuses, avec apparition d'une tuméfaction scrotale gauche.
*** A l'examen clinique :**
- EG conservé,
- T° = 38°7 C, FC = 100/mn, FR = 28/mn, TA = 10/07 cmHg.
- Adénopathies cervicales et axillaires,
- Rate palpable sous le rebord costal,
- Débord hépatique,
- Testicule gauche augmenté de volume, sensible, avec un scrotum oedématié.
*** Bilan pratiqué aux urgences :**
- NFS : GB =3.100/mm3 dont 40% de PNN, Hb = 11 gr/dl, Plaquettes = 170.000/mm3
- TGO = 165 UI/l, TGP = 190 UI/l.
- Télé thorax sans particularités.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Brucellose septicémique à localisations secondaires : scrotale et hépatique, forme aigue.

b. Sur quels arguments ?

→ Signes fonctionnels :
- EG conservé.
- Fièvre.
- Sueurs.
- Syndrome algique : arthralgie.

→ Signes physiques :
- Orchite.
- Adénopathie.

→ Biologie :
- Leuco-neutropénie.
- ↗ cytolyse hépatique.

c. Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour confirmer le diagnostic ?

- Sérologie de Wright → (+) 18 jours.
- Coloration de Rose Bengale.
- IDR à la militine → (-).

d. Quelle est votre conduite thérapeutique ?

- Rechercher d'autres localisations secondaires : Cardiaque : échographie, Osseuse → radiographie rachis.
- Traitement antibiotique double, à bonne diffusion cellulaire et lymphatique, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j, pendant 45 jours.
- Surveillance clinique → effets secondaires des médicaments.

9.

Cas clinique n°1 / P3 2009

Un patient âgé de 40 ans, pesant 60 kg, originaire d'El Bayadh et y demeurant, nomade sans profession, se présente à votre consultation pour fièvre non chiffrée évoluant depuis 02 semaines, accompagnée de sueurs profuses et de douleurs articulaires diffuses.
*** A l'interrogatoire :**
- Pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers
- Consommation régulière des produits de l'élevage familial
- Présence d'un chien domestique
*** A l'examen clinique :**
- Etat général conservé chez ce patient fatigué
- T° = 39°C, FC = 110/mn, FR = 28/mn, TA = 11/07 cm Hg
- Panaris à l'index gauche
- Multiples ganglions palpables
- Pointe de rate
- Débord hépatique
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités
*** Les examens complémentaires pratiqués en urgence montrent :**
- NFS : GB = 3000/mm³ dont 45% de PN, Hémoglobine = 13 gr/dl, Plaquettes = 130.000/mm³
- TGO = 110 UI/l, TGP = 180 UI/l
- Glycémie = 0,95 g/l
- Créatinémie = 12 mg/l
- Téléthorax : image thoracique normale

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Brucellose aigue.

b. Quel sont vos arguments ?

- Fièvre, sueur, syndrome algique, consommation de produits d'élevage et chien domestique.
- HPM + SPM + ADP.

→ Biologie :
- ↗ cytolyse hépatique.
- Thrombopénie et leucopénie.

c. Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérologie de Wright.
- IDR à la Militine.
- Coloration de Rose Bengale.

d. Rédigez la fiche thérapeutique de ce patient :

- Recherche de localisations secondaires par échographie pour traitement.
- Antibiothérapie double, à bonne diffusion lymphatique et intracellulaire, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j pendant 45 jours.
- Surveillance clinique et de l'effet secondaire de Rifampicine.

10.

Cas clinique N°1 du 15 Septembre 2009

Un patient âgé de 32 ans, originaire de Ghardaïa, enseignant, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour une fièvre évoluant depuis 02 semaines, accompagnée de sueurs et de douleurs articulaires diffuses.
*** A L'examen clinique :**
- Etat général conservé
- T° = 38°5 C, FC = 100/mn, FR = 28/mn, TA = 11/07 cm Hg
- Adénopathies cervicales et axillaires
- Rate palpable sous le rebord costal et débord hépatique
- Reste de l'examen clinique : sans particularité
*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**
- NFS : GR = 3.000/mm³ dont 40% de PNN, Hémoglobine = 11 gr/dl, Plaquettes = 140.000/mm³.
- Transaminases : TGO = 165 UI/l, TGP = 210 UI/l.
- Téléthorax normal

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Brucellose septicémique aigue.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre + sueur.
- Syndrome algique : arthralgie.
- Adénopathies cervicales et axillaires
- Leuco-neutropénie.
- ↑ cytolyse hépatique.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérologie de Wright (+).
- Coloration de Rose Bengale.
- IDR à la Militine.

d. Quel traitement prescrivez-vous ?

- Hospitalisation.
- Double antibiothérapie à bonne diffusion intracellulaire et lymphatique, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j pendant 45 jours.
- Surveillance clinique.

11. P1 / 2008 *Cas clinique n°1*

Un patient âgé de 35 ans, demeurant à Djelfa, consulte pour fièvre non chiffrée évoluant depuis 03 semaines.
*** A l'interrogatoire : Pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers**
*** A l'examen clinique :**
- Etat général conservé chez ce patient fatigué
- T° = 39°C, FC = 110/mn, FR = 30/mn, TA = 09/06 cm Hg
- Panaris de l'index droit
- Multiples ganglions palpables
- Pointe de rate
- Débord hépatique
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités
*** Les examens complémentaires pratiqués en urgence montrent :**
- NFS : GB = 2.800/mm³ avec PN 35%, Hb = 13 g/dl, Plaquettes = 120.000/mm³
- TGO = 165 UI/l, TGP = 200 UI/l
- Glycémie = 0,95 g/l
- Téléthorax : image thoracique normale

a. Quel diagnostic devez-vous évoquez en premier lieu ?

- Brucellose septicémique aigue.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre + sueur.
- Syndrome algique.
- Adénopathie.
- Polypnée + tachycardie.

c. Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmez votre diagnostic ?

- Sérologie de Wright.
- IDR à la Militine.
- Coloration de Rose Bengale.

d. Rédigez la fiche thérapeutique de ce patient :

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Traitement d'état de choc par remplissage vasculaire aux macromolécules.
- Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j per os pendant 45 jours.
- Transfusion de culot plaquettaire.
- Surveillance clinique : diurèse.

12. P6 / 2005 *Cas clinique n°1*

Un patient âgé de 28 ans, sans antécédents médicochirurgicaux, employé aux abattoirs, consulte aux urgences pour une fièvre évoluant depuis 02 semaines, accompagnée de sueurs et arthralgies avec apparition récente d'une tuméfaction scrotale droite.
*** A l'examen clinique :**
- Etat général conservé
- Température : 38°5 C, Pouls : 100/mn, TA : 11/07 mmHg, FR : 28/mn
- Adénopathies cervicales et axillaires
- Pointe de rate et débord hépatique
- Testicule droit augmenté de volume sensible avec un scrotum œdématié
*** Examens complémentaires pratiqués aux urgences :**
- FNS : GB = 3.000/mm³ dont 40 % de polynucléaires neutrophiles, Hb = 12 gr/dl, Plaquettes = 150.000/mm³
- Glycémie et Créatinémie normales
- TGO = 150 U/l, TGP = 210 U/l
- Téléthorax : image thoracique normale

a. Quel diagnostic devez- vous évoquer en premier lieu et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Brucellose septicémique aigue
→ Arguments :
- Début progressif + travailleur d'abattoir.
- Clinique : état général conservé, sueur, orchite, adénopathie, splénomégalie, hépatomégalie, syndrome algique, fébricule.
- Biologie : leuconeutropénie et thrombopénie.

b. Quels examens complémentaires pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- Sérologie de Wright → Ig M.
- Coloration de Rose Bengale → Ig G.
- Inhibition d'hémaglutination.
- Elisa.
- IDR à Militine.

c. Quelle est votre conduite thérapeutique ?

- Recherche de localisations secondaires : cardiaque par échographie et radiographie du rachis.
- Traitement antibiotique double, à bonne diffusion lymphatique et intracellulaire, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j pendant 45 jours.
- Surveillance clinique → Effets secondaires des médicaments.

d. Sur quels éléments est basée la prophylaxie générale de cette maladie ?

- Abatage des animaux malades et indemnisation des éleveurs.
- Vaccination des troupeaux et éducation sanitaire.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Contrôle des produits du lait.
- Dépistage et Traitement.

10. LEPTOSPIROSE ICTERO-HEMORRAGIQUE

QROC

1. *P1 / 2012 Question N° : 5*

Devant un ictère fébrile, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur d'une leptospirose ictèro-hémorragique ?

→ Anamnestiques,
- Notion de profession exposant : éboueur, égoutier, travail à l'abattoir, éleveur, cultivateur.
- Léchage de chien ou morsure de rat.
- S'il y a fait une baignade où il y a l'eau polluée d'urine de rat ou marche pied nu lors d'une pèche dans une rivière.

→ Cliniques :
- Syndrome infectieux sévère : fièvre à 40°C, brutal avec frisson.
- Syndrome ictérique : selle de coloration normale avec urines foncées, Transaminases normales, Bilirubine↑↑ à prédominance conjuguée.
- Syndrome hémorragique : TP normal et complexe Prothrombine, gingivorragie, épistaxis, atteinte cutanée maculo-papuleuse, pétéchie, herpes naso-labial, ictère conjonctivale, hyperhémie cutanée.

→ Biologiques :
- Bilan hépatique : Transaminase normale, Bilirubine↑.
- Bilan d'hémostase : TP normal.
- Mise en évidence du germe :
  * Dans LCR et sang → 7 premier jours.
  * Dans les urines → 15 au 21 jours.
- Sérologie de Martin et Petit.

2. *P2 / 2011 QROC n°1*

Devant un ictère fébrile, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques qui plaident en faveur d'une leptospirose « LIH » à la période d'état ?

→ Anamnestique :
- Notion de morsure de rat ou de chien.
- Baignade et profession exposante : éboueur ou égoutier.

→ Clinique :
- Syndrome infectieux sévère : fièvre 40°C + AEG + syndrome algique + céphalée.
- Syndrome méningé à LCR clair lymphocytaire.
- Syndrome cutané : herpes + injection conjonctivale
- Syndrome rénal : oligurie, urines foncées.
- Syndrome ictérique → coloration jaune des téguments.
- Syndrome hémorragique : gingivorragie.

→ Biologie :
- Bilirubine ↑ à prédominance conjugué.
- Transaminase↑.
- Hématurie microscopique + albuminurie et hyperazotémie.
- TP normal.
- Sérologie de Martin et Petit (+).

3. *P5 / 2010 QROC :1*

Devant une méningite à liquide clair, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques en faveur d'une leptospirose ?

→ Arguments anamnestiques :
- Notion de léchage de chien ou morsure de rat.
- Profession exposante : égoutier, plombier.

→ Arguments cliniques :
- Syndrome infectieux : Fièvre + Syndrome algique + AEG.
- Syndrome ictérique : urines foncées, selles claires.
- Syndrome hémorragique : épistaxis.
- Syndrome rénal : oligurie, hématurie microscopique.
- Syndrome méningé : PL clair lymphocytaire.

4. *P4 / 2009 QROC : 4*

Devant une méningite aigue à liquide clair, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques en faveur d'une leptospirose ?

→ Arguments anamnestiques :
- Baignade dans l'eau polluée par urines des rats.
- Morsure de rat ou léchage de chien.
- Profession exposante : égoutier, éboueur.

→ Arguments cliniques :
- Syndrome infectieux : fièvre + syndrome algique.
- Syndrome cutanéo-muqueux : infection conjonctivale, herpès naso-labial.
- Syndrome ictérique.
- Syndrome hémorragique : épistaxis.
- Atteinte rénale : hématurie, oligurie.

→ Arguments paracliniques :
- TP normal.
- Transaminase normale et Bilirubine ↑↑.
- Anémie et leucopénie + thrombopénie.
- ↑ Urée et Créatinémie.

5. *P1 / 2006 QROC n°4*

Vous recevez à votre consultation, un patient présentant un ictère fébrile. Quels sont les arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques que vous devez rechercher pour poser le diagnostic de Leptospirose ?

→ Epidémiologiques :
- Notion de profession exposant : éboueur, égoutier, travail à l'abattoir, éleveur, cultivateur.
- Léchage de chien ou morsure de rat.
- S'il y a fait une baignade où il y a l'eau polluée d'urine de rat ou marche pied nu lors d'une pèche dans une rivière.

→ Cliniques :
- Syndrome infectieux sévère : fièvre à 40°C, brutal avec frisson.
- Syndrome ictérique : selle de coloration normale avec urines foncées, Transaminases normales, Bilirubine↑↑ à prédominance conjuguée.
- Syndrome hémorragique : TP normal et complexe Prothrombine, gingivorragie, épistaxis, atteinte cutanée maculo-papuleuse, pétéchie, herpes naso-labial, ictére conjonctivale, hyperhémie cutanée.

→ Paracliniques :
- Bilan hépatique : Transaminase normale, Bilirubine↑.
- Bilan d'hémostase : TP normal.
- Mise en évidence du germe :
* Dans LCR et sang → 7 premier jours.
* Dans les urines → 15 au 21 jours.
- Sérologie de Martin et Petit.

6. *Rattrapage 2006 QROC n°2*

Devant une méningite à liquide clair, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques en faveur d'une leptospirose ?

→ Anamnèse :
- Notion de baignade dans l'eau polluée.
- La pèche pieds nus dans une rivière.
- Morsure de rat avec brèche aux pieds.

→ Clinique :
- Syndrome infectieux : fièvre 40°C, AEG, syndrome algique.
- Syndrome ictérique : selles claires, urines foncées.
- Syndrome hémorragique : épistaxis.
- Syndrome méningé physique et fonctionnel.

→ Paraclinique :
- FNS : thrombopénie et anémies (hémorragie).
- Hémostase → TP normal.
- Bilan hépatique : Bilirubine ↑ et Transaminase normale.
- PL : isolement dans le LCR des leptospires.

CAS CLINIQUES

7. *P1 / 2013 Cas clinique n°1*

Un jeune, âgé de 29 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour fièvre évoluant depuis 03 jours associée à des maux de tête et à des douleurs musculaires diffuses, le patient rapporte avoir participé au nettoyage de la cave de l'immeuble.
L'examen clinique
- **Un état général moyen,**
- **Fébrile à 38.5°C, pouls 100/mn, TA 10/07 cmHg, FR 20/mn**
- **Une coloration jaunâtre des conjonctives.**
- **Une rate palpable sous le rebord costal.**
- **Herpès naso-labial.**

Le bilan par aclinique :
- **NFS: GB 13 000/mm3 (80% PNN), HB 10g/dl, Plq 85 000/mm3.**
- **Urée sg 1gr/l créatinémie : 20mg/l.**
- **ALAT 100UI/L. ASAT 110UI/L Bilirubine T 25 mg/l.**
- **Echographie abdominale : RAS.**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1er lieu ?

- Leptospirose ictéro-hémorragique.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre céphalée douleur musculaire diffuse
- Participé au nettoyage de la cave de l'immeuble
- Tachycardie 100/mn
- Coloration jaunâtre des conjonctives
- SPM
- Herpès naso labiale
- Hyperleucocytose à PNN thrombopénie
- Créatine ↑urée sg ↑
- ↑ transaminase ↑ bilirubine T

c. Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérologie de Martin et Petit (-) car le 3ème jour.
- Isolement des leptospires dans le LCR et dans le sang qui est (+)

d. Quelle est votre CAT ?

→ Traitement
- Hospitalisation.
- Isolement.
- Déclaration obligatoire.
- Antibiothérapie :
  Pénicilline G : 100.000 UI/kg/j, 4 à 5 M IU/j, 10 à 15 jours.
  En cas d'allergie : Doxycycline: 100 mg/j.
  Si Allergie + Contre-indications : Erythromycine : 50 mg/kg/j, 2 g/j.
- Surveillance.
- Recherche des localisations secondaires : Hémodialyse en cas d'insuffisance rénale.

→ Prophylaxie
- Dératisation.
- Hygiène des baignades.
- Portage des gants et des chaussures.

8. *P5 / 2011 Cas clinique n°2*

Un vétérinaire âgé de 35 ans, habitant à Boufarik, consulte pour fièvre évoluant depuis 4 jours, associés à des maux de tête et à des douleurs musculaires.
*** A l'examen clinique :**
- **Un état général moyen.**
- **Une injection conjonctivale.**
- **Coloration jaunâtre des téguments et des urines rares et foncées.**
- **T° = 39°C, FC = 120/mn, FR = 25 cycles/mn, TA = 10/08 cmHg.**
- **Rate palpable sous le rebord costal.**

*** Le bilan pratiqué en urgence :**
- **NFS : GB = 12.000/mm³ dont 70% PNN, Hb = 11 g/dl, Plq = 80.000/mm³.**
- **Bilan hépatique : ALAT = 10 mg/l, ASAT = 11 mg/l, Bilirubine = 80 mg/l.**
- **Urée sanguine = 1,90 g/l, Créatinémie = 27 mg/l.**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Leptospirose ictéro-hémorragique.

b. Quels examens complémentaires pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Diagnostic de certitude = mise en évidence de leptospires dans le sang ou LCR.
- NFS : hyperleucocytose à PNN + anémie et thrombopénie.
- Bilan rénal : hyperazotémie + albuminurie.

c. Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 10 à 15 jours.
- Dialyse (↑ Créatinémie et Urée).
- Transfusion plaquettaire (Plaq < 80.000).
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Dératisation.

9. *P1 / 2009 Cas clinique n°1*

Un employé d'abattoir âgé de 30 ans, habitant Frenda, consulte aux urgences pour fièvre d'installation brutale ave maux de tête, douleurs articulaires et musculaires évaluant depuis 05 jours. Il a saigné du nez 24 heures auparavant.
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré
- T° = 39°5 C, FC = 120/mn, FR = 32/mn, TA = 11/07 cm Hg
- Coloration jaunâtre des téguments et des muqueuses
- Herpès naso-labial
- Rate palpable sous le rebord costal
- Discrète raideur de la nuque
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités
*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**
- NFS : GB = 11.000/mm³ dont PN = 65%, Hémoglobine = 11 g/dl, Plaquettes = 100.000/mm³
- Bilirubine totale = 90 mg à prédominance de Bilirubine directe
- PL : LCR clair, normotendu, contenant 100 éléments/mm³, à prédominance lymphocytaire, albuminorachie à 0,80 g/l, et glycorachie à 0,50 g/l (Glycémie = 1 g/l). Examen direct et latex : négatifs, culture en cours.

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Leptospirose ictéro-hémorragique sous forme méningite.

b. Quels sont vos arguments ?

- Profession : employé d'abattoir.
- Fièvre + céphalée.
- Syndrome algique : arthralgie + myalgie.
- Syndrome hémorragique : Epistaxis.
- Altération de l'état général.
- Syndrome ictérique.
- Méningite : raideur de la nuque et PL : LCR clair + hyperleucocytose + hyperalbuminorachie + glycorachie normale.

c. Quel(s) examen(s) pratiquez-vous ? Et qu'en attendez-vous ?

- Sérologie de Martin et Petit.
- Hémoculture : recherche de leptospires dans le sang.
- Bilan rénal.

d. Quel traitement préconisez-vous chez ce patient ?

- Hospitalisation
- Transfusion plaquettaire.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Dératisation.
- Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 15 jours. Si allergie : on utilise Cycline.
- Surveillance clinique.

10. *P4 / 2006 Cas clinique n°1*

Un employé d'abattoir, âgé de 25 ans, consulte aux urgences pour fièvre d'installation brutale avec arthralgies et myalgies évoluant depuis 05 jours.
*** L'interrogatoire retrouve une notion d'épistaxis.**
*** L'examen clinique montre :**
- Etat général altéré
- T° : 40°C, Pouls : 120/mn, FR : 32/mn, TA : 11/07 cmHg
- Ictère conjonctival
- Pointe de rate
- Discrète raideur méningée

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Leptospirose ictéro-hémorragique.

b. Quels sont vos arguments diagnostiques ?

- Début brutal.
- Ictère, splénomégalie.
- Hémorragie : épistaxis.
- Altération de l'état général
- Syndrome algique.

c. Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer et qu'en attendez-vous ?

- Sérologie de Martin et Petit (-) car le 5ème jour.
- Isolement des leptospires dans le LCR et dans le sang qui est (+).
- NFS : Thrombopénie.
- Isolement dans les urines (-).
- TP normal.
- Bilan rénal : Albuminurie et Hyperazotémie.
- Bilan hépatique : Bilirubine ↑ et Transaminases normales.
- Ponction lombaire : LCR clair lymphocytaire.

11. *Cas clinique N°3 du P5 2005*

Un éboueur âgé de 38 ans, consulte aux urgences, pour fièvre d'installation brutale avec arthralgies et myalgies évoluant depuis 05 jours.
*** L'interrogatoire retrouve un épisode d'épistaxis**
*** L'examen clinique retrouve :**
- État général altéré
- Température = 40°C, Pouls = 120/mn, TA 11/07 mm Hg, FR = 34/mn
- Ictère conjonctival
- Une pointe de rate
- Une discrète raideur méningée

a. Quel est le diagnostic que vous devez évoquer en premier lieu ?

- Leptospirose ictéro-hémorragique avec atteinte méningée.

b. Quels sont les arguments diagnostiques ?

- Profession exposante : éboueur.
- Syndrome infectieux : Fièvre + syndrome algique.
- Syndrome hémorragique : épistaxis.
- Syndrome ictérique.
- Syndrome méningé physique : raideur.

c. Quels sont les examens complémentaires que vous pratiquez ?

- Sérologie de Martin et Petit.
- Recherche de leptospires dans le sang et LCR.
- Bilan hépatique et rénal.
- Bilan d'hémostase : TP.

11. SALMONELLOSES

QROC

1. *P5 / 2012 N° :4*

4. Décrire le tableau clinique d'une toxi-infection alimentaire à salmonelles mineures.

- Fièvre.
- Vomissement peu abondant.
- Période d'incubation longue → 10 jours entre le début clinique fonctionnel et physique.
- Diarrhée liquide fétide.
- Douleur abdominale.

2. *P5 / 2011 QROC n°4*

Devant une diarrhée aiguë, quels sont les éléments anamnestiques et cliniques en faveur d'une salmonellose mineure ?

→ Anamnestiques :
- Notion de contage : cas similaires.
- Manque d'hygiène.

→ Cliniques :
- Fièvre.
- Vomissement peu abondant.
- Période d'incubation longue → 10 jours entre le début clinique fonctionnel et physique.
- Diarrhée liquide fétide.
- Douleur abdominale.

3. *P2 /2009 QROC n°1*

Quels sont les caractères distinctifs cliniques entre une TIA à Salmonelle mineure et une TIA à Staphylocoque ?

→ TIA à Staphylocoque :
- Durée d'incubation courte 3 à 6 h.
- Vomissement précoce et important.
- Absence de fièvre.

→ TIA à Salmonella :
- Durée longue de 10 jours.
- Vomissement peu abondant.
- Fièvre.

4. *P2 / 2008 QROC n°3*

Devant une toxi-infection alimentaire collective, quels sont les éléments distinctifs entre Salmonelles et Staphylocoques ?

→ TIA à Staphylocoque :
- Incubation courte 3 à 6 h.
- Absence de fièvre.
- Vomissement précoce et abondant.

→ TIA à Salmonella :
- Incubation longue 10 jours.
- Fièvre.
- Vomissement peu abondant.

5. *P3 / 2007 QROC n°4*

Quels sont les caractères distinctifs entre une toxi-infection alimentaire à Salmonelle mineure et une toxi-infection alimentaire à Staphylocoque ?

→ TIA à Salmonella :
- Il y a fièvre.
- Vomissement peu abondant.
- Incubation longue → 10 jours.

→ TIA à Staphylocoque :
- Absence de fièvre.
- Vomissement précoce et abondant.
- Incubation courte 3 à 6 h.

6. *P2 / 2005QROC n°4*

Citez les caractères distinctifs entre une toxi-infection alimentaire à Staphylocoques et une toxi-infection alimentaire à Salmonelles :

→ TIA à Salmonelle :
- Incubation longue : 10 jours.
- Fièvre.
- Vomissements peu abondants.

→ TIA à Staphylocoque :
- Incubation courte : 3 à 6 h.
- Absence de fièvre.
- Vomissements abondants.

12. CHOLERA

QROC

1. *P3 / 2012 Question N° :4*

4. Devant une diarrhée aigüe, citer les éléments épidémiologiques et cliniques en faveur du choléra.

2. *P3 / 2009, QROC n°2*

Devant une diarrhée aiguë, quels sont les arguments qui vous permettent d'évoquer le choléra ?

- Début brutal + asthénie + angoisse.
- Diarrhée en grains de riz, 4 à 10 selles/j.
- Soif intense.
- Vomissement alimentaire puis bilieux.
- Apyrexie + conscience conservée.
- Myalgies + Crampes musculaires.
- Visage émacié.
- Peau sèche et pli cutané + état de choc.
- Hypotonie et aréflexie.

CAS CLINIQUES

3. *P1 / 2011, Cas clinique N°1*

Monsieur A. Abdelkader âgé de 40 ans, originaire de Bejaia, pesant 70 kg, consulte pour diarrhée aigue.

*** A l'interrogatoire :**

- Notion de séjour d'une semaine en Inde.

- Le début des troubles remonte à deux jours après son retour en Algérie.

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré avec soif intense.

- T° = 37°2 C, TA = 08/04 cmHg, FC = 120/mn, FR = 25/mn.

- Oligurie, pli cutané, sècheresse des muqueuses.

- Selles liquides aqueuses, nombreuses, associées à des vomissements.

- Douleurs musculaires.

- Le reste de l'examen est sans particularité.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Choléra en phase d'état.

b. Quels sont vos arguments ?

- Diarrhée aigue, aspect afécale des selles.
- Séjour en zone endémique : Inde.
- Altération de l'état général.
- Soif intense.
- Absence de fièvre.
- Tachycardie + polypnée + hypotension.
- Déshydratation intracellulaire → soif intense
- Déshydratation extracellulaire → sécheresse des muqueuses, oligurie, pli cutané.
- Myalgie + vomissement.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Et quel en est l'agent responsable ?

- Examen : coproculture des selles fraiches du matin et culture dans EPAH : eau peptonéc alcaline hypersalée.
- Agent : Vibrion cholérique.

d. Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation et isolement.
- Déclaration obligatoire.
- Faire un bilan de déshydratation : peser le malade.
- On commence par la voie parentérale en IV : perfusion de sérum Ringer lactate 1 litre → 10 min, 2 litres → 20 min. Le reste du volume perdu en 5 à 6 h puis on refait le bilan de déshydratation.
- On met le malade dans un lit de cholérique.
- Si amélioration → on demande au malade de boire à volonté dans les premières 24 h.
- ATB : Doxycycline 2 g/j per os pendant 3 à 5 jours.
- Surveillance clinique + Rééquilibre hydro-électrolytique.
- Chimio-prophylaxie de l'entourage : Sulfadoxine en IV 1.5 g/j ou per os 3 cp → cp = 500 mg/j.

4. *Cas clinique N°2 du P2 13 Janvier 2010:*

Un patient âgé de 30 ans, sans antécédent pathologique, consulte dans le cadre de l'urgence pour diarrhée profuse à début brutal, accompagnée de vomissements et de douleurs musculaires.

*** A l'interrogatoire, on retrouve la notion de cas similaires dans son village d'origine.**

*** A l'examen clinique :**

- Un état général altéré.

- T° = 36°5 C, FC = 120/mn, FR = 30/mn, TA = 80/50 mm Hg.

- Pli cutané, langue sèche, oligurie.

- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

*** Le bilan pratiqué en urgence montre :**

- Glycémie à 0,80 g/l.

- Créatinémie à 14 mg/l.

- Ionogramme sanguin : Na+ à 125 mEq/l, K+ à 03 mEq/l.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu et sur quels arguments ?

Diagnostic :

Choléra en phase d'état.

→ Arguments :

* Anamnèse : notion de contage et cas similaires.

* Clinique :

- Altération de l'état général.
- Syndrome algique : myalgies.
- Le début brutal + vomissement + TA ↘ (8/5).
- Déshydratation : pli cutané, langue sèche, oligurie.
- Absence de fièvre 36°5 C.

→ Biologie : HypoK^+, hypoNa^+, ↗ Créatinémie.

b. Quel examen complémentaire pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic : nature du prélèvement et le milieu de culture ?

- Coproculture → Prélèvement des selles fraiches le matin, à quantité suffisante et conservé pendant maximum 2 heures à +4°C pour culture sur milieu EPAH : Eau Peptonnée Alcaline Hypersalée.

c. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation et isolement.
- Bilan de déshydratation : diurèse, poids.
- Schéma de réhydratation : on commence par voie parentérale en IV : perfusion de solution de Ringer lactate : 1 litre pendant 10 minutes, ensuite 2 litres pendant 20 min, le reste du volume perdu en 5 à 6 heures. Puis, on refait le bilan de déshydratation = passage à forme modérée ⇒ on passe à la voie orale : on demande au malade de boire pendant 24 h à volonté puis on refait le bilan de déshydratation.
- Antibiothérapie : Doxycycline 2 g/j per os, 3 à 5 jours.
- Chimio-prophylaxie de l'entourage : Sulfadoxine → en IV : 1.5 g/j ou en per os : 3 cp à 500 mg/j.
- En cas d'indisponibilité de solution Ringer lactate : on forme un cocktail : 2/3 SSI + 1/3 SBI + KCl.
- Surveillance clinique : diurèse, poids, examen cutanéo-muqueux.

5.

Cas clinique N°1 P4 / 2009

Monsieur B. Mohamed, commerçant, âgé de 42 ans, pesant 60 kg, originaire d'El Eulma, consulte pour diarrhée aigue.
*** A l'interrogatoire :**
- Séjour de 10 jours au Sénégal où plusieurs cas similaires ont été signalés.
- Le début des troubles remonte à 2 jours après son retour en Algérie.
- Prise irrégulière de Chloroquine durant son séjour au Sénégal
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré
- T° = 37°4 C, FC = 120/mn, FR = 26/mn, TA = 07/05 cm Hg
- Pli cutané
- Selles liquides, afécales, abondantes, à raison de 10 à 15 selles par jour.
- Douleurs abdominales à type de crampes.
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Choléra aigue.

b. Quels sont vos arguments ?

- Apyrexie, AEG, déshydratation, pli cutané.
- Douleur abdominale, crampe, hypotension artérielle.
- Séjour en zone endémique.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Quel en est l'agent responsable ?

- Culture des selles fraiches, matinales, conservées pendant au moins 2 heures à +4°C dans l'eau peptonée alcaline hypersalée.
- Agent responsable : Vibrion cholérique par toxine.

d. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation et isolement.
- Mettre le patient sur 1 lit de diarrhéique avec 2 récipients : 1 pour les selles et l'autre pour les vomissements.
- On commence par la voie orale car il n'y a pas de vomissement et on demande au malade de boire à volonté pendant 24 h.
- Puis on fait bilan de déshydratation.
- Antibiothérapie : Doxycycline 2 g/j per os pendant 3 à 6 jours.

6.

P4 / 2008 Cas clinique n°2

Monsieur B. Mohamed âgé de 42 ans, pesant 60 kg, originaire de Biskra, consulte pour une diarrhée aigue.
*** A l'interrogatoire :**
- Retour après un séjour de 10 jours en Afrique subsaharienne où plusieurs cas similaires ont été signalés
- Début de troubles remonte à 03 jours après son retour en Algérie
- Prise régulière de Chloroquine pendant tout le séjour
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré avec soif intense
- T° = 37°C, FC = 120/mn, TA = 07/05 cm Hg, FR = 26/mn
- Pli cutané
- Selles liquides, afécales et abondantes, à raison de 10 à 15 selles par jour
- Douleurs abdominales à types de crampes avec un abdomen souple sans défense ni contracture
- Le reste de l'examen est sans particularités

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Choléra en phase d'état.

b. Quels sont vos arguments ?

- Diarrhée aigue.
- Séjour en zone endémo-épidémique.
- Altération de l'état général.
- Déshydratation intracellulaire : soif.
- Déshydratation extracellulaire : pli cutané.
- Crampes abdominales.
- Aspect afécal des selles.
- Apyrexie 37°4 C.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Et quel en est l'agent responsable ?

- Coproculture : selles fraiches du matin, conservée à +4°C, au moins 2 heures, pendant lesquelles la culture se fait sur eau peptonée alcalin hypersalée (EPAH).

d. Quelle est votre conduite à tenir vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation + isolement.
- Déclaration obligatoire.
- Mettre le malade sur lit cholérique.
- Si signes de gravité : on commence par voie parentérale : 1 litre → 10 minute, 2 litres → 20 min, le reste → 5 à 6 heures.
- Faire bilan de déshydratation : diurèse, poids. Si amélioration, on passe à la réhydratation per os : on demande au malade de boire à volonté pendant 24 h puis réévaluer.
- Antibiothérapie : Doxycycline 2 g/j per os, pendant 3 à 5 jours.
- Surveillance clinique.
- On utilise solution de Ringer lactate. Si non, on utilise un cocktail formé de : 2/3 SSI + 1/3 SBI + KCl.

7. *P3 / 2006. Cas clinique n°1*

Un patient âgé de 54 ans, sans antécédent médicochirurgical, consulte aux urgences pour une diarrhée profuse d'apparition brutale, faite de selles liquides rapidement afécales, accompagnée de vomissements et de myalgie.

*** L'interrogatoire retrouve la notion de cas similaire dans son village d'origine.**

*** L'examen clinique montre :**

- Etat général altéré.

- T° = 37°C, Pouls = 110/mn, FR = 28/mn, TA = 80/50 mmHg.

- Etat de déshydratation avec un pli cutané, une sécheresse des muqueuses et une soif intense.

- Le reste de l'examen clinique est normal.

*** Le bilan pratiqué aux urgences :**

- FNS : GB = 5.000/mm³ (60 % de PN neutrophiles, 02 % de PN éosinophiles, 01 % de PN basophiles, 34 % de lymphocytes, 03 % de monocytes), Hémoglobine à 13 g/dl, Plaquettes à 450.000/mm³

- Glycémie : 0,80 g/l

- Créatinémie : 14 mg/l

- Ionogramme sanguin : Na^+ = 14 mmol/l, K^+ = 3 mmol/l

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Choléra en phase d'état.
→ Arguments :
- Anamnèse : notion de contage : cas similaire.
- Clinique :
* Diarrhée profuse, vomissement, myalgies, début brutal, syndrome algique.
* Aspect des selles : liquide et afécale
* Déshydratation : Extracellulaire : Pli cutané, sécheresse des muqueuses.
Intracellulaire : Soif intense.
* Apyrexie 37°C.

b. Quel examen complémentaire pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic et précisez la nature du prélèvement et du milieu de culture ?

- Examen : Coproculture.
- Prélèvement des selles fraiches de matin, à quantité suffisante et conservée pendant maximum 2 heures, à plus de 4°C, rapidement transportée au laboratoire pour culture sur milieu EPAH : Eau Peptonnée Alcaline Hypersalée (3 %).

c. Quelle est votre conduite à tenir ?

1- Hospitalisation, isolement et prélèvement pour coproculture
2- Bilan de déshydratation (parce qu'il y a vomissement + état de choc) → signes de sévérité.
3- Voie parentérale (IV) : perfusion de sérums : Ringer lactate : 1 litre → 10 min, 2 litres → 20 min. Le reste du volume perdu en 5 à 6 heures puis on refait le bilan de déshydratation donc il faut peser le malade et calculer le volume perdu.
4- On met le malade sur un lit qui contient deux flacons gradués : le 1er pour les selles et le 2ème pour les vomissements.
5- S'il y a amélioration, c'est-à-dire passage vers la forme modérée, on arrête la perfusion et relais oral.

6- Si les vomissements persistent, la faible quantité absorbée suffit pour réhydrater.
7- S'il n'y a pas de vomissement, on demande au malade de boire à volonté les premières 24 h puis on refait le bilan de déshydratation.
8- La réhydratation doit être précoce et correcte.
9- L'antibiothérapie : Doxycycline 2 g/j per os pendant 3 à 5 j.
10- Chimio-prophylaxie de l'entourage : Sulfadoxine en IV 1.5 g/j ou per os 3 cp à 500 mg/j. S'il n'y a pas de Ringer lactate, on forme un cocktail : 2/3 SSI + 1/3 SBI + KCl.
11- Surveillance clinique : quantité de selle, examen cutanéo-muqueux et rééquilibre hydro-électrolytique.

13. VIROSES VESICULO-PUSTULEUSES

A. Varicelle

B. Herpès

C. Zona

A. Varicelle

QROC

1. *P4 / 2010 QROC :5*

Citez quatre (04) complications de la varicelle :
1- Cutanéo-muqueuse à type de surinfection par Staphylocoque ou Streptocoque. 2- Encéphalitique : ataxie cérébelleuse : trouble de la marche et des mouvements avec hypotonie. 3- Laryngite et kératite. (hépatite) 4- Pneumopathie virale.

2. *P4 / 2009 QROC :*

Une fillette âgée de 6 ans, consulte pour troubles de l'équilibre avec incoordination des mouvements d'installation brutale. L'interrogatoire révèle la notion d'un exanthème prurigineux apparu 10 jours plus tôt. L'examen clinique ne note aucune autre anomalie et le LCR est normal. A quel diagnostic pensez-vous ?
- Varicelle compliquée d'une encéphalite.

3. *P6 / 2009 QROC : 1*

Une fillette âgée de 6 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, présente après 24 heures de fièvre isolée à 38-38°5 C, des lésions cutanées sur le tronc et le cuir chevelu, de type vésiculaire, non indurées, à base souple et à contenu clair, accompagnées de prurit.

a. Quel est le diagnostic que vous évoquez en premier lieu ? Et sur quels arguments ?
Diagnostic : Varicelle. → Arguments : - Age 6 ans. - Fièvre. - Eruption vésiculaire de siège au cuir chevelu et le tronc. - Prurit

b. Quelle est votre CAT ?
- Traitement symptomatique en ambulatoire. - Antihistaminique contre le prurit. - Déclaration obligatoire de la maladie. - Eviction scolaire de 2 à 3 semaines.

4. *P4 / 2008 QROC n°4*

Un jeune enfant âgé de 06 ans, consulte pour trouble de l'équilibre avec incoordination des mouvements d'installation brutale. L'interrogatoire révèle la notion d'un exanthème vésiculeux prurigineux apparu 10 jours plutôt. Le LCR est normal. A quoi pensez-vous ?
- Varicelle compliquée d'ataxie cérébelleuse.

CAS CLINIQUES

5. *P6 / 2005 Cas clinique n°4*

Un enfant scolarisé âgé de 07 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, présente, après 24 heures de fièvre isolée à 38°C, des lésions cutanées sur la paroi thoracique et sur le cuir chevelu, de type vésiculaire, non indurées, à base souple et contenu clair, accompagnées d'un prurit.

a. Quel est le diagnostic que vous évoquez en premier lieu et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Varicelle.
-> Arguments :
Touche le cuir chevelu, prurit vésiculaire moins induré à contenu clair.

b. Quelle est votre conduite à tenir ?

- Ne pas hospitaliser le patient.
- Colorations antiseptique et antihistaminique.
- Déclaration et isolement du malade.
- Couper les ongles et surveiliance d'hygiène des mains.
- Antibiothérapie en cas de surinfection.
- Traitement antiviral : Acyclovir pour immunodéprimé.

c. Son petit frère est sous corticothérapie au long cours. Que peut-on craindre chez lui ?

Il peut développer la varicelle généralisée donc il faut diminuer la dose au ½ de corticoïde et mettre l'Acyclovir.

B. Herpès

QROC

1. *P1 / 2012 Question N° : 2*

2. Rédigez la fiche thérapeutique d'un nourrisson de 08 mois, pesant 07 kg, admis pour méningo-encéphalite herpétique probable.

- Hospitalisation
- Isolement
- Examens complémentaire : PL / FNS/ IRM
- Acyclovir 15 à 20 mg/kg/j pendant 3 semaines en IVD, 3 x j
- Surveillance clinique et biologique

CAS CLINIQUES

2. *Cas clinique P2 2012 N°1*

Un homme de 61 ans, sans antécédents pathologiques, consulte aux urgences, pour maux de tête fébriles évoluant depuis trois jours.
A l'examen clinique :
- Etat général altéré, T° 38.5°C, TA 13/8cmHg, FC 80Pul/mn, FR 24/mn.
- Le patient est confus avec perte de mémoire.
- Scoré à 12/15 sur l'échelle de Glasgow.
- Le reste de l'examen est sans particularité
Le bilan pratiqué en urgence retrouve
- NFS : 9500 GR (70% de PNN), Hbe 13.5g/dl, Plq 175 000/mm3
- PL : LCR : clair : 160 éléments lymphocytes/mm3 et quelques hématies ; ALB: 0.47g/l, glycorachie 0.49g/l, glycémie0.90g/l, examen directnégatif et culture en cours.
- Téléthorax : normal
- TDM Cérébrale : images hypodenses des régions temporales droites.

a- Quel est (e diagnostic à évoquer en premier lieu ?

- Méningo-encéphalite herpétique.

b- Quels sont vos arguments ?

- Fièvre (T° 38.5°C)
- Altération de l'état général
- Confusion + perte de mémoire
- LCR claire et normoglucorachie.
- TDM Cérébrale : images hypodenses des régions temporales droites.

c-Quel (s) examen (s) complémentaire (s) pratiquez-vous pour la confirmation ?

- PCR du LCR → Herpes virus.

d- Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation
- Isolement
- Acyclovir 15 à 20 mg/kg/j pendant 3 semaines en IVD, 3 x j
- Traitement anticonvulsivant.
- surveillance clinique et biologique

3. *P4 / 2006 Cas clinique n°5*

Un patient de 21 ans, se présente aux urgences pour une fièvre élevée d'installation brutale avec troubles de la conscience.
*** A l'anamnèse :**
- Aucune notion de contage ou d'antécédents pathologiques
- Céphalées intenses en casque
- Deux épisodes de vomissement
- Notion d'hallucinations
- Un épisode de convulsion
*** A l'examen clinique :**
- Température : 39°C, Pouls : 120/mn, FR : 32/mn, TA : 10/06 cmHg
- Le patient est confus et répond avec difficulté aux ordres simples
- Raideur de la nuque
- Hémiparésie droite
*** Le bilan pratiqué en urgence montre :**
- NFS : GB = 3.500/mm^3 dont 60% Poly neutrophiles et 40 % Lymphocytes, Hb = 13 g/dl, Plaq = 250.000/mm^3
- PL : LCR clair hypertendu, 200 éléments / mm^3 à prédominance de lymphocytes avec quelques hématies
- Albuminorachie 0,65 g/l
- Glycorachie 0,5 g/l (Glycémie = 1 g/l)
- Examen direct négatif

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Méningo-encéphalite herpétique.
→ Arguments :
- Hémiparésie droite.
- Confusion + hallucination.
- Episode de convulsion.
- Syndrome méningé fonctionnel : céphalée, vomissement, fièvre à 39°C.
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque.
- Tachycardie.
- PL → LCR avec albuminorachie peu augmentée et normoglucorachie.

b. Quels autres examens complémentaires devez-vous pratiquer pour étayer votre diagnostic et qu'en attendez-vous?

- PCR du LCR → Herpes virus.

c. Dans l'attente de la confirmation de votre diagnostic, quel traitement d'urgence instituez-vous ?

- Acyclovir 15 à 20 mg/kg/j pendant 3 semaines en IVD, 3 x j + Traitement anticonvulsivant.

C. Zona

QROC

1. *P4 2012 Question N° : 5*

Rédigez la fiche thérapeutique d'un zona ophtalmique chez un patient âgé de 70 ans.

- Désinfection locale.
- Antalgique pour soulager la douleur.
- Il faut que le malade consulte chez un ophtalmologue pour localiser les lésions car si elles touchent le cornée ⇒ Cécité.
- S'il est ID (diabète....), on associe un traitement antiviral en IV.

2. *P3 / 2011 QROC n°5*

Donnez la fiche thérapeutique d'un zona ophtalmique :

- Désinfection locale.
- Antalgique pour soulager la douleur.
- Il faut que le malade consulte chez un ophtalmologue pour localiser les lésions car si elles touchent le cornée ⇒ Cécité.
- Si le patient est jeune : il faut demander la sérologie au VIH car elle survient fréquemment sur terrain immunodéprimé.
- S'il est âgé ou il est ID (diabète....), on associe un traitement antiviral en IV.

3. *P1 / 2010 QROC : 2*

Devant une éruption cutanée localisée au niveau du thorax chez un sujet âgé de 57 ans, quels sont les éléments cliniques qui plaident en faveur d'un zona ?

- Syndrome douloureux : permanent avec des paroxysmes unilatéraux, de siège radiculaire localisé.
- Syndrome infectieux modéré : fièvre à 38°C et adénopathie satellite.
- Eruption cutanée : au début, une plaque érythémateuse puis apparition de vésicules qui se dessèchent en croûtes qui tombent donnant des cicatrices avec des séquelles de type : anesthésie ou douleur sur ces tâches achromiques. Guérison en 2 à 3 semaines.

4. *Rattrapage 2009 QROC : 3*

Devant une éruption cutanée localisée au niveau du thorax chez un sujet âgé de 52 ans, quels sont les éléments cliniques qui plaident en faveur du zona ?

- Syndrome infectieux modéré, 38°C de fièvre.
- Adénopathie.
- Hypoesthésie cutanée.
- Eruption cutanée localisé unilatérale, au début : plaque érythémateuse puis apparition de vésicules qui se dessèchent et donnent des croutes qui tombent → cicatrices achromiques.
- Douleur à type de brulures.
- Guérison en 2 à 3 semaines.

5. *P2 / 2008 QROC n°1*

Devant une éruption cutanée localisée au niveau du thorax chez un sujet âgé de 55 ans, quels sont les éléments cliniques qui plaident en faveur du zona ?

- Syndrome infectieux modéré : fièvre à 38°C.
- Adénopathie.
- Eruption cutanée localisée unilatérale : au début sous forme de plaque érythémateuse puis apparition de vésicules qui se dessèchent et donnent des croutes qui tombent → cicatrices achromiques.
- Douleur qui accompagne l'éruption.
- Parfois hypoesthésie.
- Guérison en 2 à 3 semaines.

14. VIROSES CUTANEES ERYTHEMATEUSES

QROC

1. *P5 / 2012 N ° :2*

2. Devant un exanthème généralisé, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques faveur d'une rougeole à fa période d'état.

→ Anamnestiques :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination ou incorrecte.

→ Clinique :
- **La phase d'état** : éruption maculo-papuleuse rouge avec espace de peau saine (s'efface à la vitro-pression).

Evoulution :

1 er J : l'éruption débute généralement le soir à la racine de cuir chevelu et derrière les oreilles puis les éléments se multiplient d'heure en heure pour envahir le visage

2 éme J : l'éruption descend vers le cou, les épaules, les membres supérieurs et le thorax.

3 éme J : l'éruption atteint l'abdomen et la racine des cuisses.

4 éme J : les membres inférieurs

La fièvre, le catarrhe et la toux sont à leur maximum pendant toute la durée de l'éruption

5 éme J : , la température chute soit progressivement en lysis, soit brutalement et se normalise dès le 5ème 6ème jour. Le catarrhe diminue dès le 5ème jour et disparaît en moins d'une semaine. Seule la toux va persister encore 1 à 2 semaines.

2. *P1 / 2011, QROC n°5*

Devant un exanthème fébrile chez un enfant de 4 ans, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques en faveur d'une rougeole ?

→ Anamnestiques :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination ou incorrecte.

→ Cliniques :
- Incubation 10 jours.
- Début : fièvre à 40°C.
- **Catarrhe** naso-oculaire laryngo-trachéo-bronchique + exanthème : signe de Koplick + Erythème marginé du voile du palais.
- Phase d'état : éruption maculo-papuleuse rouge avec espace de peau saine

3. *P3 / 2011 QROC n°1*

Devant une éruption fébrile, chez un enfant de 06 ans. Quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur d'une rubéole ?

→ Anamnestiques :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination ou vaccination incorrecte.
- Période épidémique hivernale.

→ Cliniques :
- Incubation puis phase d'invasion marquée par des ADP occipitales et syndrome infectieux.
- Eruption faite d'éléments plus pâles et plus petits que la rougeole, elle est de type morbiliforme et même scarlatiforme au niveau des plis.
- Au 1[er] jour, elle commence au niveau du visage puis s'étend sans ordre ni symétrie.
- Elle est faite d'éléments maculo-papuleux et atteint son maximum au 2[ème] jour puis disparaît au 3[ème] jour.
- Fébricule à 38°C et splénomégalie.

4. *P4 / 2009 QROC : 2*

Une jeune femme enceinte de 3 mois, enseignante dans une classe où un cas de rubéole a été déclaré, se présente à votre consultation.

a. Quel(s) risque(s) encoure-t-elle ?

- Rubéole congénitale évolutive.
- Embryopathie ou mort de fœtus = avortement.

b. Quel bilan préconisez-vous chez cette patiente ?

On demande une sérologie anti rubéole : si Ig G (+) → refaire après 15 jours.
- Si Ig G (-) → pas d'infection → continuer la grossesse.
- Si Ig G (+) → on fait Ig M :
* (+) infection récente
* (-) pas d'infection et la femme est immunisée.

5. *P6 / 2008 QROC n°2*

Une femme enceinte de 03 mois, enseignante dans une classe où un cas de rubéole a été déclaré, se présente à votre consultation.

a. Quel (s) risque (s) encoure-t-elle ?

- Risque de rubéole congénitale.
- Fœto-embryopathie.

b. Quel bilan faut-il pratiquez chez cette patiente ?

- Ig G : (-) → pas d'infection, (+) → refaire après 15 jours.
- Si Ig G (+) → immunisée, alors pas de risque.
- Si Ig G (-) → Ig M → si (+) : infection récente, si (-) : non infecté

6. *P3 / 2007 QROC n°3*

Une femme enceinte de 02 mois, enseignante dans une classe où un cas de rubéole a été déclaré, se présente à votre consultation.

a. Quel(s) risque(s) encoure-t-elle ?

- Avortement.
- Rubéole congénitale évolutive.

b. Quel bilan faut-il pratiquer chez cette patiente ?

La sérologie : IgG → si (+) → à refaire après 15 jours.
- Si (-) : elle n'est pas infectée
- Si Ig G (+) → on fait Ig M → si (-) : immunisée → si (+) : infection récente.

7. *P3 / 2006, QROC n°3*

Une femme enceinte de deux mois, enseignante dans une classe où un cas de rubéole a été déclaré, se présente à votre consultation.

a. Quels sont les risques encourus dans une telle situation ?

- La Rubéole congénitale évolutive.
- Embryopathie ou mort du fœtus = avortement.

b. Que faite-vous avant de proposer une thérapeutique ?

On demande la sérologie anti-rubéole.
Si Ig G (+) → refaire après 15 j.
Si Ig G (-) → pas d'infection : continuer la grossesse.
Si Ig G (+) → on fait Ig M → (+) infection récente ;
→ (-) pas d'infection. Et la femme est immunisée.

8. *Examen du P5 / 2006, QROC n°5*

Citez les principales complications de la Rougeole :

- Otite.
- Laryngite.
- Sinusite
- Bronchite
- Broncho-pneumopathie.
- Neurologique : PESS.

15. Rickettsioses

QROC

1.

P1 / 2013 QROC n°4
P3 / 2012 Question N° :3
P4 / 2011 QROC n°4

A propos de la fièvre Q :
- Quel est le germe responsable ?
- Citer 3 tableaux cliniques évocateurs de cette affection.

L'agent : Richettsia burnetti = Coxiella burnetti
Le tableau clinique :
- Hépatite fébrile.
- Pneumopathie fébrile.
- Fièvre prolongé et isolée.

2.

P3 / 2011 QROC n°4

Parmi les antibiotiques suivants, lesquels sont recommandés dans le traitement d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne : Gentamycine, Spiramycine, Chloramphénicol, Amoxicilline, Ofloxacine et Pénicilline G ?

- Spiramycine.
- Chloramphénicol.
- Ofloxacine.

3.

P2 / 2010 QROC : 1

Devant un exanthème fébrile chez un adolescent de 16 ans, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques qui permettent d'évoquer une fièvre boutonneuse méditerranéenne ?

→ Arguments anamnestiques :
- Notion de séjour en zone méditerranéenne.
- Période d'été : entre Avril et Novembre.
→ Arguments cliniques :
- Fièvre + syndrome algique : myalgie et arthralgie.
- Tâche noire de Pieri, indolore, souvent de siège axillaire, parfois remplacée par conjonctivite.
- Eruption maculo-papuleuse parfois prurigineuse → Aspect de peau de léopards.

4.

P2 /2009 QROC n°4

Devant un exanthème fébrile, quels sont vos arguments diagnostiques en faveur d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne ?

→ Anamnèse :
- Séjour en zone méditerranéenne.
- Pendant l'été : entre Avril et Novembre.

→ Clinique :
- Tâche noire de Pieri indolore.
- Fièvre à 40°C + Syndrome algique (Myalgies).
- Eruption maculo-papuleuse parfois prurigineuse.

5. *P2 / 2008 QROC n°2*

Décrire le tableau clinique de la fièvre boutonneuse méditerranéenne à la période d'état :

- Fièvre à 39°C.
- Tache noire de Pieri indolore ou conjonctivite.
- Eruption cutanée maculo-papuleuse, parfois prurigineuse.
- Asthénie et anorexie.

6. *P4 / 2008 QROC n°3*

Devant une éruption fébrile, quels sont vos arguments en faveur d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne ?

→ Anamnèse :
- Séjour en zone méditerranéenne.
- Séjour en période d'été : entre Avril et Novembre.

→ Clinique :
- Syndrome infectieux : fièvre.
- Syndrome algique : arthralgie + myalgie.
- Tache noire de Pieri indolore, parfois remplacée par conjonctivite.
- Eruption maculo-papuleuse, parfois prurigineuse.

7. *Rattrapage 2006 QROC n°1*

Devant un exanthème fébrile chez un adulte jeune, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques qui plaident en faveur d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne ?

→ Anamnestique :
- Séjour en zone méditerranéenne.
- En période d'été, entre Avril et Novembre.

→ Clinique :
- Début brutal.
- Fièvre à 40°C.
- Arthralgie et myalgies.
- Présence de tache noire de Pieri indolore ou conjonctivite.
- En phase d'état : éruption maculo-papuleuse.
- Aspect prurigineux → en peau de léopard.
- Aspect prurigineux → gravité.

8. *P2 / 2005QROC n°3*

Quels sont les arguments épidémiologiques et cliniques en faveur du diagnostic de la fièvre boutonneuse méditerranéenne à la phase d'état ?

→ Anamnestique :
- Séjour en zone méditerranéenne.
- En période d'été, entre Avril et Novembre.

→ Clinique :
- Début brutal.
- Fièvre à 40°C.
- Arthralgie et myalgies.
- Présence de tache noire de Pieri indolore ou conjonctivite.
- En phase d'état : éruption maculo-papuleuse.
- Aspect prurigineux → en peau de léopard.

CAS CLINIQUES

9. *Cas clinique N° 2 P6 / 2009*

Un jeune homme de 30 ans, sans antécédent médicochirurgical particulier, en camping à Jijel, consulte aux urgences pour fièvre apparue il y a 5 jours, associée à des douleurs ostéo-articulaires diffuses et à une fatigue intense.

*** A l'examen clinique :**

- Etat général moyen

- T° = 40°C, FC = 130/mn, TA = 10/07 cm Hg, FR = 32/mn

- Exanthème maculo-papulaire généralisé

- Présence d'une ulcération cutanée à fond noirâtre, de 0.5 cm de diamètre, entourée d'un liséré rouge, siégeant au creux axillaire gauche.

- Le reste de l'examen est sans particularité

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Fièvre boutonneuse méditerranéenne.

b. Quels sont vos arguments ?

- Séjour à Jijel : pourtour méditerranéen.
- Fièvre à 40°C.
- Syndrome algique : arthralgies.
- Eruption maculo-papulaire.
- Tache noire de Pieri.

c. Quel examen complémentaire devez-vous pratiquer pour confirmer votre le diagnostic ?

- Sérologie par IFI ou immunofluorescence.
- Biopsie cutanée, examen direct sur culture cellulaire.
- FNS : hyperleucocytose, Thrombopénie.

d. Rédigez la fiche thérapeutique de ce patient :

- Doxycycline 200 mg/j, 2 gélules/j, per os, pendant 10 jours.

10. *P6 / 2008 Cas clinique n°2*

Une jeune femme âgée de 30 ans, consulte au mois d'Aout pour céphalées fébriles apparues depuis 5 jours et associées à des douleurs et à une fatigue intense.
*** A l'interrogatoire :**
- Pas d'antécédent médicochirurgical particulier
- Profession : agricultrice dans la wilaya de Ain Defla
*** A l'examen clinique :**
- Etat général assez bien conservé
- T° = 40°C, FC = 125/mn, TA = 10/06 cm Hg, FR = 32/mn
- Eruption érythémateuse et nodulaire étendue à tout le corps
- Lésion ulcérée d'environ 0,5 cm de diamètre, entourée d'un liséré rouge, localisée à la région sous mammaire gauche
- Le reste de l'examen est sans particularités

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Fièvre boutonneuse méditerranéenne.

b. Quels sont vos arguments ?

- Tache noire de Pieri sous mammaire gauche.
- Phase épidémique : Aout.
- Séjour au pourtour méditerranéen.
- Aspect d'éruption nodulaire.
- Asthénie.
- Polypnée + tachycardie.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérologie, IFI.
- Examen direct de culture cellulaire.
- Biopsie.
- FNS : hyperleucocytose → thrombopénie + leucopénie.

d. Quel traitement prescrivez-vous à cette patiente ?

- Doxycycline 200 mg/j, 2 gélules/j per os, pendant 10 jours.

11. *P2 / 2006 Cas clinique n°3*

Une jeune femme de 23 ans, sans aucun antécédent médicochirurgical, consulte au mois d'Aout pour fièvre d'apparition brutale, associée à des algies diffuses et à une asthénie marquée.
*** A l'examen clinique:**
- Etat général conservé
- Température = 39°3 C, TA = 09/06 cm Hg, Pouls = 110/mn, FR = 28/mn
- Exanthème maculo-papulaire et nodulaire étendue
- Conjonctivite unilatérale droite
- Adénopathie prétragienne homolatérale
- Le reste de l'examen normal
*** Le bilan pratiqué en urgence montre :**
- NFS : Leucocytes = 12.000/mm³ dont 75% de polynucléaires neutrophiles, Hb = 12 g/dl, Plaquettes = 108.000/mm³
- Téléthorax de face : sans particularité

a. Quel diagnostic que vous devez évoquer en premier lieu ? Et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Fièvre boutonneuse méditerranéenne.
→ Arguments :
- Saison d'été : Aout.
- Fièvre.
- Syndrome algique.
- Etat général conservé.
- Eruption maculo-papuleuse étendue.
- Porte d'entrée : conjonctivite unilatérale.
- Adénopathie homolatérale.
- Hyperleucocytose à PNN.

b. Quels autres examens complémentaires pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- Sérologie par méthode IFI.
- Examen de culture cellulaire.
- Biopsie cutanée.

c. Quel traitement préconisez-vous pour cette patiente ?

- Doxycycline 200 mg/j, 2 x j, par voie orale, pendant 10 jours.

16. SIDA ET INFECTION A VIH

QROC

1. *P1 / 2013 QROC n°1*
P2 / 2011 QROC n°4

Citer trois 04 situations cliniques où vous devez pratiquer une sérologie VIH/SIDA.

- découverte de MST : syphilis ou hépatite B
- bilan prénuptial
- Don de sang ou greffe d'organe
- Nouveau-né de mère sérologie (+)

2. *P3 / 2012 Question N° :5*

5. Citer trois (03) tableaux cliniques évocateurs d'une primo-infection à VIH ?

- Un syndrome mono-nucléosique (fièvre, polyadénopathies, angine, splénomégalie...).
- Parfois un tableau d'hépatite, d'œsophagite.
- Parfois un tableau de syndrome méningé ou méningo-encéphalitique.

3. *P2 2012 Question N° : 4*

Citer quatre (04) infections opportunistes de l'infection à VIH/SIDA et leur traitement spécifiques succinctement :

→ Pulmonaires

- Pneumocystose due à Pneumocystis carinii: Co-trimoxazole (Bactrim) 75 à 100 mg/kg/j pendant 21 jours + Chimio-prophylaxie secondaire (Bactrim).
- La tuberculose : 2 antituberculeux pendant 2 mois.

→ Neurologiques :

- Toxoplasmose cérébrale due à Toxoplasma gondii: Sulfadiazine (ADIAZINE) + Pirimétamine (MALOCID) ou bien Sulfadiazine + Clindamycine. En plus d'une prophylaxie secondaire au Bactrim.

→ Digestives :

- Candidose oro-pharyngée Traitement de la candidose.

4. *P3 / 2011 QROC n°2*

Devant la survenue de troubles neurologiques, chez une personne infectée par le VIH, avec un taux de CD4 < 100/mm³. Citez trois (03) étiologies :

- Toxoplasmose cérébrale.
- Leucoencéphalite multifocale progressive (LEMP).
- Encéphalite subaigue à VIH.
- Cryptococcose neuroméningé.
- Polyradiculonévrite aigue inflammatoire ou chronique.

NB. Il faut citer toutes les causes pour avoir la note

5. *P4 / 2011 QROC n°5*

Quelles sont les modalités de la transmission du VIH de la mère à son enfant ? Et comment la prévenir ?

- Verticale : la césarienne, allaitement artificiel, traitement de mère séropositive.
- Sanguine : matériel à usage unique, ports des gants.
- Sexuelle : préservatifs, fidélité conjugale, abstinence pour séropositive.

6. *P5 / 2011 QROC n°3*

Citez quatre (04) étiologies infectieuses d'une fièvre prolongée :

- VIH.
- Fièvre Q chronique.
- Endocardite infectieuse.
- Mononucléose infectieuse.

7. *P1 / 2010 QROC : 5*

Citez les différentes classes de médicaments antirétroviraux et donnez pour chacune d'entre elles au moins une molécule :

- I(-) nucléosidiques de Transcriptase inverse → ex : Zidovudine.
- I(-) non nucléosidiques de Transcriptase inverse → ex : Navirapine
- Anti-protéases → ex : Saquinavir.

8. *P2 / 2010 QROC : 4*

Citez 04 (quatre) situations imposant un dépistage de l'infection à VIH / SIDA.

- Nouveau-né d'une mère séropositive VIH.
- Découverte d'une MST comme la syphilis, hépatite B.
- Bilan prénuptial.
- Accidents d'exposition au sang ou don de sang.

9. *P4 / 2010 QROC :3*

Une jeune femme âgée de 33 ans, séropositive pour le VIH, est hospitalisée dans un tableau associant : fièvre à 38°5 C, dyspnée à type de polypnée, et au téléthorax, des images interstitielles bilatérales.
Bilan pratiqué en urgence : NFS : GB = 2.500/mm³ dont 15% de lymphocytes, un taux de CD4 = 150/mm³.
Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Pneumocytose pulmonaire sur infection à VIH.

10. *P5 / 2010 QROC :4*

Citez trois (03) indications de la trithérapie antirétrovirale :

- Primo-infection symptomatique.
- CD4 < 200.
- Charge virale↗↗.

11. *P2 /2009 QROC n°5*

Une jeune femme âgée de 30 ans, séropositive au VIH, se présente dans un tableau associant T° à 38°5, toux sèche avec dyspnée. Le téléthorax de face montre une image réticulo-micro-nodulaire, hilifuge, bilatérale, respectant les sommets. Le taux de CD4 est de 160/mm³. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Pneumocystose due au Pneumocystis carinii sur infection au VIH.

12. *P3 / 2009, QROC n°5*

Citez 04 circonstances devant lesquelles vous proposez un dépistage systématique de l'infection VIH :

- Nouveau-né de mère séropositive.
- Découverte de MST : Syphilis, Hépatite B.
- Bilan prénuptial.
- Accidents d'exposition au sang : personnels de santé piqués par une aiguille.

13. *P6 / 2009 QROC : 5*

Un adulte jeune, séropositif au VIH, est admis aux urgences dans un tableau associant fièvre à 39°5 C, état de mal convulsif et hypodensité rehaussée par le produit de contraste, entourée d'une réaction œdémateuse à la tomodensitométrie cérébrale. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Leuco-encéphalite multifocale progressive (LEMP) sur infection au VIH.

14. *P5 / 2008 QROC n°3*

Un jeune homme de 28 ans, séropositif au VIH, consulte dans un tableau associant T° à 38°5-39° C, toux et dyspnée. Le téléthorax de face montre une image réticulo-micronodulaire hilifuge, bilatérale, respectant les sommets. Le taux de lymphocytes CD4 est de 180/mm³. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Pneumocystose due à Pneumocystis careinii sur infection VIH.

15. *Rattrapage 2006 QROC n°3*

Citez les modes de contamination de l'infection à VIH et les moyens de prévention pour chacun d'eux ?

a) Verticale :
- Accouchement par césarienne.
- Allaitement artificiel.
- Traitement de la mère séropositive pendant la grossesse.

b) Sanguine :
- Stérilisation de matériel.
- Usage unique et port des gants.
- Contrôle des dons de sang et d'organes.

c) Sexuelle :
- Préservatifs.
- Fidélité conjugale.
- Abstinence sexuelle chez les séropositifs.

16.

P6 / 2005 QROC n°5

Citez les modes de contamination de l'infection à VIH et les modes de prévention correspondants ?

a) Verticale :
- Accouchement par césarienne.
- Allaitement artificiel.
- Traitement de la mère séropositive pendant la grossesse.

b) Sanguine :
- Stérilisation de matériel.
- Usage unique et port des gants.
- Contrôle des dons de sang et d'organes.

c) Sexuelle :
- Préservatifs.
- Fidélité conjugale.
- Abstinence sexuelle chez les séropositifs.

CAS CLINIQUES

17.

P1 / 2011, Cas clinique n°2

Madame B.H âgée de 37 ans, célibataire, séropositive au VIH, est amenée aux urgences pour état de mal convulsif en climat fébrile apparu la veille.
*** A l'interrogatoire : mauvaise observance du traitement antirétroviral.**
*** A l'examen clinique :**
- **Etat général altéré, scorée à 10/15 sur l'échelle de Glasgow.**
- **T° = 39°C, TA = 11/08 cmHg, FC = 110/mn, FR = 30/mn**
- **Désorientation temporo-spatiale.**
- **Paralysie faciale centrale droite avec une hémiparésie des membres homolatérale.**
- **Le reste de l'examen est sans particularité.**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Toxoplasmose cérébrale due au Toxoplasma gondii sur infection au VIH.

b. Sur quels arguments ?

- Séropositive au VIH.
- Etat de mal convulsif.
- Fièvre.
- AEG.
- Trouble de conscience 10/15.
- Désorientation temporo-spatiale.
- Présence des signes focaux : paralysie faciale centrale droite et hémiparésie des membres homolatérale.

c. Quel examen complémentaire demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Et qu'en attendez-vous ?

- IRM ou Scanner → lésion en cocarde : hypodensité centrale entourée d'une prise de contraste.

d. Quelle est votre CAT ?

- Association Sulfadiazine 4 à 6 g/j + Pirimétamine 50 mg/j per os pendant 6 à 8 semaines.
- Acide folique 10 mg/j → ↘ hémotoxicité de Primétamine
- Anticonvulsivant : Rivotril en crise et Dépakine → traitement de fond
- Le traitement antirétroviral du VIH est interrompu pendant la phase d'attaque car il y a risque de cumul des toxicités.
- Si intolérance aux Sulfamides : on utilise Pyriméthamine, Clindamycine.

18. *P5 / 2011 Cas clinique n°1*

Un jeune homme célibataire, âgé de 40 ans, présente depuis 3 semaines une toux sèche et dyspnée évoluant dans un contexte fébrile.

*** A l'interrogatoire :**
- **Un amaigrissement de 10 kg en un mois.**
- **Des épisodes de diarrhée.**

*** A l'examen clinique :**
- **Etat général médiocre.**
- **T° = 38°5 C, TA = 11/06 cmHg, FC = 100/mn, FR = 40 cycles/mn.**
- **Tirage sus sternal et intercostal.**
- **Cyanose des extrémités.**
- **Râles sous crépitants aux 2 bases pulmonaires.**
- **Candidose buccale étendue.**

*** Le bilan pratiqué en urgence :**
- **Radiographie pulmonaire : opacités interstitielles diffuses aux 2 champs pulmonaires.**
- **Recherche de BK dans les crachats : négative.**
- **NFS : GB = 3.800/mm³ (3.100 de PNN et 300 de Lym), Hb = 10 g/dl, Plq = 120.000.**

a. Quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu ?

- Pneumocystose sur infection au VIH.

b. Quels sont vos arguments ?

→ S. fonctionnels :
- Dyspnée.
- Toux sèche.
- Amaigrissement
- Diarrhée

→ S. physiques :
- Fièvre 38°5 C.
- Polypnée.
- Tirage + cyanose.
- Râles sous crépitants.
- Candidose buccale étendue.

→ Paracliniques :
- Radio : opacités interstitielles diffuses.
- BK (-).
- Anémie et leucopénie surtout lymphopénie.

c. Quels examens demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérologie VIH.
- Mise en évidence de Pneumocystis carinei dans le liquide broncho-alvéolaire.
- Gaz du sang : hypoxie et hypercapnie.

d. Quelle est votre CAT ?

- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Rechercher la source de contamination.
- Bactrim ® = Co-trimoxazole à dose 75 mg/kg/j en IV ou per os pendant 21 jours.
- Chimio-prophylaxie secondaire pour éviter les rechutes par 1 cp de Bactrim/j.

19. *Cas clinique N°2 P5 / 2009*

Monsieur B. Amar, âgé de 37 ans, célibataire, séropositif au VIH, consulte pour toux fébrile apparue depuis 04 jours.

A l'interrogatoire : arrêt du traitement antirétroviral par le patient depuis 02 ans.

A l'examen clinique :
- **Etat général moyen**
- **T° = 39°5 C, FC = 90/mn, TA = 12/09 cm Hg, FR = 29/mn**
- **Râles crépitants à l'auscultation pulmonaire**
- **Le reste de l'examen est sans particularité**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Pneumocystose due à Pneumocystis careinii sur infection au VIH.

b. Citez 02 autres étiologies :

- Pneumopathie bactérienne.
- Mycobactériose typique ou atypique.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour asseoir votre diagnostic ?

- Téléthorax : syndrome interstitiel bilatéral.
- Gaz du sang : hypoxie et hypercapnie.
- Mise en évidence de parasite dans le liquide par le lavage broncho-alvéolaire (LBA).

d. Quel traitement spécifique mettez-vous en route ?

- Bactrim 100 mg/kg/j en IV ou per os pendant 21 jours.
- Puis chimio-prophylaxie secondaire par Bactrim.

17. POLIOMYELITE ANTERIEURE AIGUE

QROC

1. *P4 / 2011 QROC n°2*

Citer quatre (04) éléments cliniques distinctifs entre la PAA et syndrome de Guillain Barré ?

→ PAA :
- Début brutal.
- Atteinte proximale.
- Dissociation albumine /cytologie tardive.
- Asymétrie.

→ Syndrome de Guillain Barré :
- Début progressif.
- Atteinte distale.
- Dissociation précoce.
- Atteinte symétrique.

2. *P4 / 2010 QROC :2*

Devant une paralysie aigue d'un membre apparue chez un enfant âgé de 05 ans, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques qui plaident en faveur d'une poliomyélite antérieure aigue ?

→ Anamnestiques :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination ou incorrecte.

→ Clinique :
- Le début brutal : syndrome pseudogrippal avec troubles digestifs (vomissement, diarrhée).
* Syndrome méningé physique et fonctionnel.
* Fièvre.
- A la phase d'état :
* Disparition de la fièvre sauf la forme respiratoire avec paralysie proximale des racines des membres, asymétrique et anarchique.
* Hypotonie flasque brutale.

3. *P3 / 2009, QROC n°3*

Devant une paralysie flasque aigue, quels sont les critères différentiels entre la poliomyélite antérieure aigue et le syndrome de Guillain Barré ?

→ Le syndrome de Guillain Barré :
- Début progressif.
- Atteinte distale.
- Dissociation Alb/cytologique précoce.
- Symétrique.

→ PAA :
- Début brutal.
- Atteinte proximale.
- Dissociation tardive.
- Asymétrique.

4. *P6 / 2008 QROC n°4*

Devant une paralyse aigue d'un membre apparue chez un enfant de 06 ans, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques qui plaident en faveur d'une poliomyélite aigue ?

→ Anamnèse :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination.
- Absence d'antécédent de PAA.

→ Clinique :
- Début brutal.
- Syndrome grippal.
- Troubles digestifs : anorexie + douleur abdominale + diarrhée.
- Syndrome méningé + PL : LCR clair lymphocytaire.
- En phase d'état :
* Fièvre disparaît.
* Paralysies brutales flasques.
* Touche les racines des membres.
* Asymétrique anarchique.
* Dissociation cyto-albuminologique tardive.
* Troubles vasomoteurs.

5. *P5 / 2005 QROC n°4*

Devant une paralysie aigue du membre inférieur droit, chez un enfant de 03 ans. Quels sont les principaux arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques qui sont en faveur de la poliomyélite antérieure aigue ?

→ Epidémiologiques :
- Age de 3 ans.
- Absence de vaccination anti polio ou incorrecte.
- Notion de contage.

→ Cliniques :
- Absence de fièvre.
- Atteinte proximale de la racine du membre inférieur droit et pas des muscles des orteils.
- Atteinte asymétrique d'un seul côté, le côté droit seul.

→ Paracliniques :
- Dissociation albumino-cytologique tardive, entre 3 et 4 semaines.

18. MENINGITE LYMPHOCYTAIRE AIGUË BENIGNE (MLAB)

QROC

1. *P6 / 2009 QROC : 2*

Devant une méningite aigue à liquide clair, citez 03 étiologies graves qu'il faut éliminer avant de retenir l'éventualité d'une méningite lymphocytaire aigue bénigne :

- M. tuberculeuse.
- M. bactérienne décapitée.
- M. à Méningocoque au stade de début.

2. *Rattrapage 2009 QROC : 1*

Citez 05 étiologies devant une méningite à liquide clair :

- M. ourlienne.
- M. de leptospirose.
- M. de poliomyélite antérieure aigue.
- M. de coxackivirus.
- M. à échovirus.

3. *P1 / 2008 QROC n°3*

Devant une méningite aigue à liquide clair, citez les 06 étiologies que vous devez évoquer :

1- Méningite ourlienne.
2- Leptospirose ictero-hémorragique.
3- M. à poliovirus.
4- M. à adénovirus.
5- M. à coxachivirus.
6- M. à échovirus

4. *P6 / 2008 QROC n°5*

Devant un tableau de méningite aigue à liquide clair, quelles sont les éventualités diagnostiques ? (Citez en 03)

- M. Ourlienne.
- M à leptospirose.
- M de poliomyélite antérieure aigue.

5. *P4 / 2006 CROQ n°3*

Citez quatre (04) antibiotiques utilisés dans le traitement curatif des méningites aiguës bactériennes :

- Amoxicilline.
- Chloramphénicol.
- Céfatoxime = Claforan ®.
- Ampicilline.

19. OREILLONS

QROC

1. *P5 / 2011 QROC n°5*

Un enfant âgé de 14 ans, présente après 03 jours de fièvre, une tuméfaction bilatérale et douloureuse des régions rétro-mandibulaires.

a. Quel diagnostic évoquez-vous ?

- Parotidite ourlienne.

b. Quelles autres localisations que vous devez rechercher ?

- Méningite ou encéphalite.
- Orchite
- Pancréatite aigue.
- Glandes endocrines : ovarite, thyroïdite, mastite, prostatite, dacryoadénite.

2. *P1 / 2010 QROC : 1*

Devant une méningite aigüe chez un enfant de 07 ans, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur d'une étiologie ourlienne ?

→ Arguments anamnestiques :
- Notion de contage, cas similaire dans la crèche.
- Absence de vaccination (ROR) ou vaccin incorrect.

→ Arguments cliniques :
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque + signes de Brudzenski et Kernig.
Parotidite = douleur rétro-mandibulaire provoquée par la mastication ou spontanée.
- Syndrome méningé fonctionnel : vomissement, fièvre et céphalée en casque.
- Tuméfaction parotidienne et visage pyriforme.

→ Arguments biologiques :
- Amylasémie et amylasurie ↗.
- PCR du LCR → virus ourlien paramyxovirus.
- Ponction lombaire : LCR clair riche en lymphocytes + normoglucorachie et albuminorachie entre 0.5 et 1 g/l.

3.

P3 / 2008 QROC n°3

Devant une méningite aigue chez un enfant âgé de 06 ans, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur d'une étiologie ourlienne ?

→ Anamnestiques :
- Notion de contage ou cas similaire.
- Age de 6 ans.
- Absence de vaccination (ROR) ou vaccin incorrect.

→ Cliniques :
- Fièvre.
- Visage pyriforme : tuméfaction parotidienne, douleur parotidienne déclenchée par mastication ou spontanée.
- Otalgie et Céphalée.
- Etat général conservé.

→ Biologiques :
- PL : LCR clair, riche en lymphocytes, glucorachie normale, pas d'hyperalbuminorachie franche.
- PCR du LCR → Paramyxovirus : virus ourlien.

4.

P6 / 2005 QROC n°2

Devant une méningite aigue chez un enfant de 06 ans, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur d'une étiologie ourlienne ?

→ Anamnèse : Notion de contage, absence d'antécédents de maladie ourlienne et de vaccination (ROR).

→ Clinique : parotidite, effacement de l'espace rétro-maxillaire et visage pyriforme avec douleur de la région parotidienne.
- Adénopathie angullo-maxillaire et prétragienne.
- Etat général conservé + Fébricule.
- Syndrome méningé physique : raideur + Signe de Brudzinski et Kernig.

→ Biologie : LCR clair, riche en lymphocytes avec normoglucorachie et albuminorachie, amylasémie et amylasurie ↗.

CAS CLINIQUES

5.

Cas clinique P5 / 2012 N° :2

Une adolescente âgée de 15 ans, consulte pour céphalées fébriles.

A l'interrogatoire
- **Pas d'antécédent médico-chirurgical particulier.**
- **Notion d'un cas similaire au collège.**

A l'examen clinique :
- **Etat général conservé.**
- **38°C, FC 90/mn, TA 11/07 cmHg, FR 24cycles/mn.**
- **Flexion douloureuse de la nuque.**
- **tuméfaction bilatérale comblant le sillon retro mandibulaire.**

a) Quel diagnostic évoquez-vous en en lei lieu ?

- Méningite ourlienne avec parotidite.

b) Quels sont vos arguments ?

- Notion de contage.
- Fièvre.
- Tuméfaction mandibulaire
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque.
- Etat général conservé.

c) Quels examens complémentaires demandez-vous pour étayer votre diagnostic ?

- PL : LCR clair, riche en lymphocytes, hypoglucorachie.
- PCR du LCR : virus ourlien → Paramyxovirus.

d) Quelle est votre CAT ?

- hospitalisation
- Isolement
- Antipyrétiques
- Antalgique
- Anti-inflammatoires
- Anti mimétique
- Repos strict
- Surveillance

6. *P5 / 2008 Cas clinique n°2*

Un adolescent âgé de 14 ans, est amené aux urgences par ses parents pour fièvre et céphalées.
*** A l'interrogatoire :**
- Pas d'antécédent médicochirurgical particulier
- Notion de cas similaire chez un camarade de classe
- Début de troubles remonte à 03 jours, associant fièvre à 38-39° C, douleurs rétro-mandibulaires bilatérales avec mastication douloureuse.
*** A l'examen clinique :**
- Etat général conservé
- T° = 38°C, FC = 90 mn, TA = 12/07 cm Hg, FR = 28/mn
- Raideur de la nuque
- Tuméfaction bilatérale comblant le sillon mandibulaire
- Le reste de l'examen est sans particularités

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Méningite ourlienne avec parotidite.

b. Quels sont vos arguments ?

- Notion de contage.
- Fièvre.
- Douleur mandibulaire + tuméfaction.
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque.
- Etat général conservé.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Et qu'en attendez-vous ?

- PL : LCR clair, riche en lymphocytes, hypoglucorachie.
- PCR du LCR : virus ourlien → Paramyxovirus.

d. Quelles mesures préconisez-vous chez ce patient ?

- Abstention thérapeutique.
- Surveillance clinique.
- Antalgique et corticothérapie.
- Rechercher d'autre localisation : pancréatite aigue.

7. *P3 / 2006, Cas clinique n°2*

Un jeune garçon âgé de 15 ans, est amené aux urgences par ses parents, pour une fièvre modérée évoluant depuis 03 jours, accompagnée de céphalées, de douleur rétro mandibulaire bilatérale avec mastication douloureuse et une douleur scrotale droite.
*** L'anamnèse ne note aucun antécédent médico-chirurgical particulier et retrouve une notion de cas similaire chez un camarade de classe.**
*** L'examen clinique retrouve :**
- Etat général relativement conservé
- Température : 38°C, Pouls : 90/mn, FR : 28/mn, TA : 120/80 mmHg
- Tuméfaction bilatérale comblant le sillon mandibulaire et décollant le pavillon de l'oreille
- Discrète raideur de la nuque
- Scrotum droit tuméfié et œdématié

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Méningite ourlienne + Parotidite + Orchite.
→ Arguments :
- Clinique : Syndrome méningé physique : raideur de la nuque, douleur scrotale + tuméfaction scrotale droite, douleur rétro-mandibulaire provoquée par la mastication ou spontanée.
- Anamnèse : notion de contage, fébricule.

b. Quels sont les examens complémentaires que vous pratiquez pour asseoir votre diagnostic et qu'en attendez-vous ?

- Amylasémie et Amylasurie + Ponction lombaire → LCR clair riche en lymphocytes + Normoglycorachie et Albuminorachie entre 0.5 et 1 g/l.
- PCR du LCR → virus ourlien = Paramyxovirus.

c. Quelle est votre conduite à tenir devant ce cas ?

1- Isolement du malade et éviction scolaire.
2- Hospitalisation avec abstention thérapeutique
3- Antalgique : Paracétamol et AINS + suspensoir du testicule.
4- Déclaration de la maladie.
5- Vaccination des personnes non vaccinées et sans antécédents d'oreillons.
6- Recherche d'autres localisations et si elles existent, on traite : ex : Pancréatite aigue → réhydratation.

20. STREPTOCOCCIES

QROC

1. *P1 / 2013 QROC n°2*

Décrire le tableau clinique d'un érysipèle de la face.

- Secondaire à une porte d'entrée.
- une incubation silencieuse de 3 à 7 jours
- la phase de début marquée par une ascension thermique à 39°C, des frissons, et localement, il existe une toute petite tuméfaction rouge très douloureuse avec sensation de brûlure.
- la phase d'état où vont se retrouver associés des signes locaux et des signes généraux.

a- Les signes locaux sont spectaculaires

la tuméfaction initiale va s'étendre très rapidement et réalise l'aspect d'un placard inflammatoire avec quelques caractéristiques : le placard est parfois parsemé de vésicules et de phlyctènes, il est délimité par un bourrelet périphérique. Ce placard va s'étendre et se bilatéraliser au niveau du visage et réaliser un aspect en aile de papillon

b- les signes généraux avec une hyperthermie à 39-40°C, plus ou moins un retentissement sur l'état général.

2. *P5 / 2012 N° :5*

5. Rédigez la fiche thérapeutique d'un érysipèle récidivant des membres inférieurs chez une darne porteuse de varices figée de 60 ans.

- Hospitalisation.
- Rechercher la porte d'entrée cutanée pour le traitement.
- Traitement anticoagulant préventif (1 inj Levenox / j).
- Demander des hémocultures répétées avant toute antibiothérapie + antibiogramme.
- Prélèvement de la porte d'entrée.
- Traitement antibiotique : Péni G à dose de 10 à 20 M U/j pendant 15 jours.
- Surveillance clinique.

3. *P3 / 2012 Question N° : 2*

2. Une dame âgée de 60 ans fébrile à 40°C et en état général altéré, présente un placard inflammatoire unilatéral de la face mal limité, associé à un œdème palpébral homolatéral. Quel est votre diagnostic?

- Erysipèle de la face

Rédiger la fiche thérapeutique.

- Hospitalisation.
- Traitement de la porte d'entrée.
- Pénicilline G 10 à 20 M UI/j pendant 15 jours.
- En cas d'allergie : Erythromycine 2 à 3 g/j pendant 15 jours.

4.
P5 / 2011 QROC n°1

Devant un exanthème fébrile généralisé chez un enfant âgé de 10 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, quels sont les arguments cliniques et biologiques en faveur d'une scarlatine ?
→ Clinique : Angine streptococcique + éruption - Le début brutal : exanthème + fièvre + adénopathie - La phase d'état → signes généraux : oligurie foncée + fièvre à 39°C + vomissement et tachycardie. - Exanthème s'effaçant à la vitro pression et épargne les faces palmo-plantaires, régresse après 6 jours avec desquamation des paumes des mains. - Exanthème régresse après 6 jours. → Biologique : - Signes d'hypersensibilité : éosinophilie et polynucléose neutrophile.

5.
P5 / 2010 QROC :5

Décrivez le tableau clinique de la scarlatine à la phase d'état :
a. Exanthème : Aspect sans intervalle de peau saine, peau sèche et granité en léopard. b. Enanthème : Angine streptococcique, langue en V rouge et triangle blanche. c. Signes généraux : Urines foncées et fièvre à 40°C.

6.
P1 / 2008 QROC n°4

Rédigez la fiche thérapeutique d'un érysipèle récidivant des membres inférieurs chez un sujet âgé :
- Hospitalisation. - Rechercher la porte d'entrée cutanée pour le traitement. - Traitement anticoagulant préventif (1 inj Levenox / j). - Demander des hémocultures répétées avant toute antibiothérapie + antibiogramme. - Prélèvement de la porte d'entrée. - Traitement antibiotique : Péni G à dose de 10 à 20 M U/j pendant 15 jours. - Surveillance clinique.

CAS CLINIQUES

7.
P4 / 2011 Cas clinique N°1

Un patient âgé de 65 ans, suivi pour DNID bien équilibré, consulte aux urgences pour impotence fonctionnelle fébrile évoluant depuis 48 heures.

*** A l'interrogatoire : on note l'apparition brutale de la douleur à la jambe gauche.**

*** A l'examen clinique :**

- Etat général conservé.

- T° = 40°C, FC = 120 pul/mn, TA = 12/8 cmHg, FR = 26 cyc/mn.

- Présence d'un intertrigo localisé au 4ème espace interdigital du pied gauche.

- La jambe gauche est augmentée de volume, rouge, chaude et douloureuse à la palpation.

- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

*** Bilan pratiqué en urgence :**

- NFS : GB = 17.000 (80% PNN).

- CRP = 92 mg/l, Urée = 0,27 g/l, Glycémie = 1.32 g/l.

a. Quel est le diagnostic le plus probable ?
- Erysipèle du membre inférieur gauche, à porte d'entrée cutanée, dû au Streptococcus Bêta hémolytique du groupe A.

b. Quels sont vos arguments ?
- Etat général conservé. - Porte d'entrée : intertrigo du 4ème espace interdigital du pied gauche. - Aspect inflammatoire de la jambe gauche : rouge, chaude, douloureuse. - Fièvre + tachycardie + polypnée. - Impotence fonctionnelle à début brutal.

c. Quelle autre étiologie devez-vous évoquer devant un tel tableau clinique ? Et quel examen para clinique permettra de la retenir ?
- Autre étiologie : Septicémie à Staphylocoque à localisation secondaire osseuse. - Examen = hémocultures répétées à intervalle de 30 minutes, aux pic thermiques, avant toute antibiothérapie.

d. Rédigez la fiche thérapeutique de ce patient :
- Hospitalisation. - Péni G à dose 10 à 20 M U/J en IVD pendant 15 jours. - Traitement anticoagulant : une injection Lovenox /j. - Levée précoce. - Traitement de la porte d'entrée pour éviter la récidive.

8. *P3 / 2009 Cas clinique n°2*

Une femme âgée de 60 ans, pesant 75 kg, originaire de Blida, consulte aux urgences pour une grosse jambe rouge et douloureuse évoluant dans un contexte fébrile depuis 48 heures.
*** A l'interrogatoire :**
- Notion d'un épisode similaire il y a 3 ans
- Patiente suivie pour varice des membres inférieurs
*** A l'examen clinique :**
- Etat général conservé
- T° = 39°C, FC = 108/mn, TA = 14/08 cm Hg, FR = 26/mn
- Au niveau de la jambe droite : présence d'un placard rouge, mal limité, chaud et douloureux à la palpation
- Adénopathie inguinale droite sensible
- Fissuration prurigineuse et suintante au niveau du 3ème espace interdigital du pied droit
- Le reste de l'examen est sans particularités

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Erysipèle du membre inférieur droit à porte d'entrée cutanée minime (fissure du 3ème espace interdigital) due au Streptococcus bêta hémolytique du groupe A.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse : varices (troubles de circulation).
→ Clinique : aspect du placard rouge sans bourrelet inflammatoire + ADP satellite + porte d'entrée.

c. Quel est le germe responsable ?

- Streptococcus Bêta hémolytique du groupe A.

d. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour le mettre en évidence ?

- Hémoculture.
- Prélèvement de la porte d'entrée.

e. Quelle est votre CAT devant cette patiente ?

- Hospitalisation.
- Traitement antibiotique : Péni G 10 à 20 M U/j en IM pendant 15 jours.
- Traitement anticoagulant : une injection Lovenox/j.
- Levé précoce.
- Traitement de la porte d'entrée pour éviter la récidive.

9. *P1 / 2006 Cas clinique n°2*

Un homme de 65 ans, consulte aux urgences pour une grosse jambe rouge et douloureuse évoluant dans un contexte fébrile depuis 48 heures.
*** Dans ses antécédents, on note des œdèmes déclives des membres inférieurs.**
*** A l'examen clinique :**
- Etat général conservé
- Température = 38°5 C, TA = 14/08 cmHg, FC = 100/mn, FR = 24/mn
- Jambe droite œdématiée, érythémateuse, chaude et douloureuse
- Adénopathie inguinale droite sensible
- Intertrigo inter orteil
- Varices des deux jambes
- Le reste de l'examen est sans particularités

a. Quel diagnostic devez-vous évoquez en premier lieu et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Erysipèle du membre inférieur droit dû au Streptocoque
→ Arguments :
- Aspect de la jambe : rouge douloureuse, fébrile, œdèmematiée.
- Existence des troubles de circulation veineuse (varices).
- ADP droite sensible.
- Etat général conservé.
- Porte d'entrée : intertrigo inter orteil.

b. Quels examens complémentaires pratiquez-vous ?

- Prélèvement de la porte d'entrée et faire des examens bactériologiques.
- Faire des hémocultures : 3 à 4 à un intervalle d'une heure, avant toute antibiothérapie, au moment des pics fébriles.

c. Quel traitement instaurez-vous ?

- Pénicilline G en IVD, à dose 10 à 20 M unités/jour, pendant 15 jours.
- Hospitalisation.
- Traitement anticoagulant : une injection Lovenox / jour.
- Levée précoce.
- Traitement de la porte d'entrée pour éviter la récidive.
- Traitement des œdèmes.

21. PALUDISME

QROC

1. *P2 / 2011 QROC n°3*

Rédigez la fiche thérapeutique devant un accès pernicieux palustre chez un adulte de 36 ans, pesant 60 kg :

→ Quinine en 3 perfusions/j de 4 h de durée pendant 7 jours.
→ Traitement symptomatique :
- Transfusion sanguine.
- Dialyse si échec d'équilibre hydro-électrolytique.
- Traitement anticonvulsivant.
- Ventilation assistée.
- Prophylaxie de l'entourage.

2. *P5 / 2011 QROC n°2*

Rédiger la fiche thérapeutique d'un accès palustre simple à Plasmodium Vivax chez un adulte jeune :

- Sans vomissement : Chloroquine per os à dose 500 mg/j pendant 5 jours.
- Avec vomissement : Chloroquine en IM, 2 x j pendant 3 jours.
- Traitement symptomatique : transfusion plaquettaire.

3. *P1 / 2010 QROC : 3*

Rédigez la fiche thérapeutique d'un accès palustre à plasmodium vivax chez un adulte de 47 ans pesant 70 kg :

- Avec vomissement : Chloroquine en IM, 2 x j, en 3 jours. Si enfant < 5 ans → Quinine.
- Sans vomissement : Chloroquine per os à dose de 500 mg/j pour adulte, à dose de 10 mg/kg/j chez enfant, 1 x j, pendant 5 jours.

4. *P1 / 2009 QROC n°1*

Rédigez l'ordonnance d'un sujet âgé de 35 ans et pesant 60 kg se rendant dans un pays d'endémie palustre classé zone 3 :

- Mefloquine 250 mg/semaine, 1 cp/ semaine pendant les 10 jours avant le départ + tout le séjour + après le retour jusqu'aux 3 semaines.

5. *P2 / 2008 QROC n°4*

Rédigez la fiche thérapeutique d'un accès palustre à Plasmodium vivax chez un adulte de 45 ans pesant 70 kg :

On distingue deux cas :
- En absence de vomissement : Chloroquine 500 mg/j per os, 1 prise/j, pendant 5 jours chez l'adulte.
- Avec vomissement : Chloroquine à dose 500 mg/j en IM, 2 x j, pendant 3 jours.
- Traitement symptomatique : Transfusion sanguine + Epuration rénale + Traitement anticonvulsivant.
- Contrôle parasitologique en J3.

6. *P6 / 2008 QROC n°3*

Rédigez l'ordonnance d'un sujet âgé de 40 ans, pesant 70 kg, se rendant dans une zone d'endémie palustre classé zone 1 :

- Chloroquine à dose 100 mg/j la veille du départ + le séjour + 4 semaines après le retour.

7. *P3 / 2007 QROC n°2*

Rédigez la fiche thérapeutique d'un sujet de 35 ans, pesant 60 kg, qui présente un accès palustre simple à plasmodium vivax :

→ Traitement symptomatique :
- Transfusion sanguine.
- Eruption rénale.
- Traitement anticonvulsivant.

→ En absence de vomissement :
- Chloroquine per os 500 mg/kg/j, 1 x j, pendant 5 jours.

→ Avec vomissement :
- Chloroquine en IM, 2 x j, pendant 3 jours.

CAS CLINIQUES

8. *P6 / 2009 Cas clinique N°1*

Un homme âgé de 42 ans, commerçant, est reçu aux urgences pour fièvre d'apparition brutale accompagnée de frissons et de sueurs, suivis d'une altération de l'état de conscience.
*** A l'interrogatoire :**
- Pas d'antécédent médicochirurgical particulier.
- Notion de séjour bref au Bénin où une chimio-prophylaxie à base de Chloroquine a été correctement prise
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré
- T° = 40°C, FC = 120/mn, FR = 30/mn, TA = 09/06 cm Hg
- Score de Glasgow : 08
- Flèche hépatique = 14 cm
- ROT abolis
- Raideur de la nuque
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités.
*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**
- NFS : GB à 4.000/mm^3 dont 45% de PNN, Hb à 10 g/dl, Plaquettes à 85.000/mm^3
- Glycémie à 0,95 g/l, Créatinémie à 14mg/l
- LCR clair, contenant 150 lymphocytes/mm^3, albuminorachie à 0,50/l et glycorachie normale.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Neuropaludisme : accès pernicieux dû au P. falciaprum avec résistance à la Chloroquine.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre + frisson + Sueur.
- Trouble de conscience : Glasgow à 8.
- ROT abolis.
- AEG.
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque avec PL : LCR clair + hypercytose.
- Hépatomégalie.
- Thrombopénie.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Quel en est l'agent responsable ?

- Goutte épaisse.
- Frottis sanguin.
- Agent responsable : Plasmodium falciparum

d. Quelle est votre CAT ?

→ Très important Glasgow à 8 : 4 gestes à faire ⇒
- Mettre sonde vésicale.
- Canule de MAYO.
- Deux voies d'abords
- Et 4 scoper le malade mettre un scope.

→ Mefloquine : 3cp puis 2 cp puis 1 cp à 8 heures d'intervalle.
- S'il va voyager vers ce pays une autre fois, il doit prendre Mefloquine 250 mg/semaine pendant 10 jours avant le départ + pendant le séjour + pendant 3 semaines après le retour.

→ Traitement symptomatique : transfusion plaquettaire.

→ Surveillance clinique.

9. P3 / 2008 Cas clinique n°2

Un diplomate âgé de 55 ans, sans antécédent médicochirurgical particulier, consulte au pavillon des urgences pour fièvre aigue évoluant depuis 05 jours, associée à des frissons, des sueurs et des maux de tête. Un épisode convulsif généralisé survenue la veille est rapporté par son épouse.
*** A l'interrogatoire :**
- Notion de séjour bref au Sénégal
- Prise régulière de Chloroquine pendant tout le séjour
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré avec obnubilation
- T° = 40°C, FC = 110/mn, TA = 10/06 cm Hg, FR = 30/mn
- ROT abolis
- Flèche hépatique à 14 cm
- Le reste de l'examen est sans particularité
*** Le bilan pratiqué en urgence montre :**
- NFS : GB = 3.200/mm^3 avec PN 45%, Hb = 11 g/dl, Plaquettes = 80.000/mm^3
- Glycémie = 0,98 g/l, Créatinémie = 14 mg/l
- Ponction lombaire : LCR troubie normal

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Neuropaludisme : accès pernicieux dû au Plasmodium falciparum, résistant à la Chloroquine.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse : le séjour avec prise de Chloroquine en Sénégal (pays endémique).
→ Clinique :
- Fièvre : syndrome infectieux.
- Convulsion + abolition des ROT.
- Sueurs + céphalée + obnubilation.
- Hépatomégalie.

c. Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Et quel en est l'agent responsable ?

- Goutte épaisse.
- Frottis sanguin.
- Agent causal → Plasmodium falciparum.

d. Quelle est votre conduite à tenir ?

- Il y a résistance à la Chloroquine : on donne Melfloquine : 3 cp puis 2 cp puis 1 cp à intervalle de 8 h.
- S'il va faire un séjour une autre fois dans le même pays, il doit prendre Melfloquine 250 mg/semaine 10 jours avant le départ + pendant tout le séjour puis jusqu'à la 3ème semaine après le retour.
- Traitement symptomatique : transfusion plaquettaire
- Le traitement du malade qui n'a pas de vomissement et qui a voyagé vers un pays chloroquino-résistant : Mefloquine : 3 cp puis 2 cp puis 1 cp à 8 heures d'intervalle.

10. P2 / 2006 Cas clinique n°1

Un homme de 32 ans, sans aucun antécédent médicochirurgical, consulte aux urgences pour une fièvre accompagnée de frissons et sueurs évoluant depuis une semaine malgré un traitement symptomatique prescrit en ambulatoire.
*** À l'interrogatoire, on retrouve la notion de séjour bref au Sénégal où une chimio-prophylaxie à base de Chloroquine a été correctement prise**
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré
- Obnubilé
- Aréflexie ostéo-tendineuse
- Température = 39°5 C, Pouls = 110/mn, TA = 10/06 cm Hg, FR = 30/mn
- Hépatomégalie : flèche hépatique à 14 cm
- Le reste de l'examen normal
*** Le bilan retrouve :**
- NFS : Leucocytes = 3.200/mm^3 dont 45% de polynucléaires neutrophiles, Hb = 11 g/dl, Plaquettes = 95.000/mm^3
- Glycémie = 0,98 g/l
- Créatinémie = 14 mg/l
- Radiographie thoracique normale

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer ? Et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Accès pernicieux dû au Plasmodium falciparum avec résistance à la Chloroquine.
→ Arguments :
- Séjour au Sénégal avec prise de Chloroquine.
- Trouble de conscience : obnubilé.
- AEG + Fièvre + Frisson + Sueur.
- Aréflexie ostéo-tendineuse.
- Thrombopénie (pancytopénie).

b. Quels examens complémentaires préconisez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- Gouttes épaisse.
- Frottis sanguin.

c. Quelle est votre conduite à tenir ?

- Il y a résistance à la Chloroquine : on donne Melfloquine : 3 cp puis 2 cp puis 1 cp à intervalle de 8 h.
- S'il va faire un séjour une autre fois dans le même pays, il doit prendre Melfloquine 250 mg/semaine 10 jours avant le départ + pendant tout le séjour puis jusqu'à la 3ème semaine après le retour.
- Traitement symptomatique : transfusion plaquettaire.

11. *Rattrapage 2006 Cas clinique n°5*

Un navigant âgé de 40 ans, est adressé aux urgences pour un coma fébrile, d'installation brutale, avec un épisode de convulsion.

*** A l'interrogatoire : - Pas d'antécédent médicochirurgical**
- Notion d'un séjour récent en Côte d'Ivoire

*** A l'examen clinique :**
- **Etat général altéré**
- **Température : 40°C, FC : 120/mn, FR : 30 /mn, TA : 10/07 cmHg**
- **Coma stade 2**
- **Aréflexie ostéo-tendineuse**
- **Hypotonie musculaire**
- **Le reste de l'examen clinique est normal**

*** Le bilan pratiqué aux urgences :**
- **NFS : GB = 3.200/mm³, Hémoglobine = 10 g/dl, Plaquettes = 110.000/mm³**
- **Glycémie = 1,20 g/l**
- **Créatinémie = 13 mg/l**
- **Scanner cérébral sans particularités**
- **PL : * LCR clair avec 80 éléments lymphocytaires**
  - *** Albuminorachie 0,50 g/l**
  - *** Examen direct négatif**
  - *** Latex négative (Ag solubles)**

a. Quel diagnostic évoquez-vous ?

- Neuropaludisme : Accès pernicieux dû à Plasmodium falciparum.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse : séjour en Côte d'ivoire.
→ Clinique :
- Début brutal + convulsion.
- Coma fébrile
- Altération d'état général
- Hypotonie musculaire + Aréflexie ostéo-tendineux.

c. Comment confirmez-vous le diagnostic ?

- Goutte épaisse et frottis sanguin.

d. Quelles mesures thérapeutiques mettez-vous en route ?

- Quinine en 3 perfusion / j de 4 h de durée pendant 7 jours.
- Traitement symptomatique :
* Transfusion sanguine : Hb 10 g / dl, Plaquettes 110.000.
* Equilibre hydro-électrolytique.
* Traitement anticonvulsivant.
* Ventilation assistée (FR à 30/min).
* Prophylaxie de l'entourage.

22. COQUELUCHE

QROC

1. *P1 / 2012 Question N° : 3*

Décrire la quinte de toux de la coqueluche chez un enfant d'âge scolaire.

- Chaque quinte est composée de plusieurs paroxysmes
- Elle se termine par une expectoration faite d'une mucosité transparente ou blanchâtre
- L'examen clinique du sujet retrouve au moment des quintes, un visage bouffi, cyanosé avec injection conjonctivale, il peut également retrouver un purpura pétéchial au niveau du visage et du cou.
- En dehors des quintes, l'examen clinique est strictement normal.

2. *P4 / 2011 QROC n°3*

Devant une toux spasmodique chez un enfant de 03 ans, quels sont les arguments épidémiologiques et cliniques en faveur d'une coqueluche ?

→ Epidémiologique :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination ou incorrecte.
→ Clinique :
- Début brutal avec signes d'infection respiratoire banale : fièvre + Rhinite.
- Toux évoluant en paroxysmes et quintes en chant de coq.
- Expectoration faite de mucosité transparente.
- Visage bouffi, cyanosé.
- Injection conjonctivale.
- Purpura pétéchial du visage et cou.
- En dehors des quintes : l'examen clinique est strictement normal.

3. *P1 / 2009 QROC n°3*

Un nourrisson âgé de 2 mois est ramené par ses parents pour une toux. Quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques qui plaident en faveur d'une coqueluche ?

→ Anamnèse :
- Age < 6 ans.
- Notion de contage.
- Absence de vaccination.
→ Clinique :
- Toux quinteuse en paroxysmes, précédée de syndrome grippal et signe d'infection respiratoire banale (rhinite, toux).
- Expectoration muqueuse transparente.
→ Biologie :
- NFS : hyperleucocytose pseudo-leucémique, parfois 30.000 à 50.000.

4. *P5 / 2009 QROC : 1*

Quel diagnostic devez-vous évoquer, en premier lieu, devant une toux émétisante chez un enfant âgé de 03 ans ? Et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Coqueluche
→ Arguments :
- Anamnestiques : âge de 3 ans et notion de contage.
- Cliniques :
* Au début, signes d'infection respiratoire banale puis apparition d'une toux paroxystique évoluant en quintes avec reprise en chant de coq.
* Expectoration muqueuse transparente.
- Biologique : hyperleucocytose pseudoleucémique.

5. *P5 / 2008 QROC n°1*

Un nourrisson de deux mois est amené en consultation pour une toux. Quels sont les arguments épidémiologiques, cliniques et paracliniques en faveur d'une coqueluche ?

→ Epidémiologiques :
- Notion de contage.
- Age du nouveau-né < 5 ans.
- Vaccination incorrecte ou absente.
→ Cliniques :
- Au début : des signes d'infection respiration banale : rhinite + toux puis apparition de toux quinteuse avec paroxysmes.
- Expectoration muqueuse transparente.
→ Biologiques :
- Hyperleucocytose à 30.000 ou 50.000.

6. *P2 / 2006 QROC n°2*

Un nourrisson de 02 mois, se présente à votre consultation pour une toux. Quels sont les arguments cliniques, épidémiologiques et paracliniques en faveur de la coqueluche ?

→ Epidémiologiques :
- Notion de contage.
- Absence de vaccin ou vaccination incorrecte.
→ Clinique :
- Signe d'infection respiratoire banale à type rhinite, toux.
- Apparition d'une toux en quintes évoluant par paroxysmes en chant de coq.
- Expectoration muqueuse transparente.
→ Biologie :
- FNS : hyperleucocytose pseudo leucémique, 150.000 parfois 30.000 à 50.000.

7. *P6 / 2005 QROC n°3*

Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu, devant une toux émétisante chez un enfant de 03 ans et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Coqueluche.
→ Arguments :
* Anamnèse : absence de vaccination, notion de contage.
* Clinique : toux spasmodique permanente en quintes avec expectoration faite de mucosité transparente, purpura pétéchial au visage et cou.
* Paraclinique → FNS : hyperleucocytose pseudoleucémique 30.000 à 50.000.

23. CORTICOTHERAPIE

QROC

1. *P4 / 2006 CROQ n°4*

Citez les règles de prescription des corticoïdes en maladies infectieuses :

- Il faut être sûr de la nécessité stricte aux corticoïdes.
- Il faut être sûr de l'absence de contre-indication comme HTA, les œdèmes.
- Les posologies utilisées les (-) fortes possible avec notion de seuil.
- Durée de traitement de quelques jours à 10 jours sauf méningite tuberculeuse (6 semaines).
- Il ne faut jamais arrêter le traitement brutalement mais on doit diminuer les doses par paliers dégressifs → 5 mg/ semaine.
- Ne pas oublier les règles hygiéno-diététiques : apport calcique, potassique et régime hyposodé pauvre en sel.

24. SUJETS D'EXAMENS RECENTS

- 1ère Période 2014
- 2ème Période 2014
- 3ème Période 2014
- 4ème Période 2014
- 5ème Période 2014
- 6ème Période 2014
- Rattrapage 2014
- 1ère Période 2013
- 1ère Période 2012
- 2ème Période 2012
- 3ème Période 2012
- 4ème Période 2012
- 5ème Période 2012
- 6ème Période 2012
- 1ère Période 2011
- 2ème Période 2011
- 3ème Période 2011
- 4ème Période 2011
- 5ème Période 2011
- 6ème Période 2011
- Rattrapage 2011
- 1ère période 2010
- 2ème Période 2010
- 4ème Période 2010
- 5ème Période 2010
- 1ère Période 2009
- 2ème Période 2009
- 3ème Période 2009
- 4ème Période 2009
- 5ème Période 2009
- 6ème Période 2009
- Rattrapage 2009

1ère Période2014

Citer quatre (04) tableaux cliniques et/ou biologiques, évocateurs d'une infection, à VIH ?

Décrire le tableau clinique et biologique d'un accès pernicieux palustre plasmodium falciparum chez l'adulte.

Citer quatre (04) particularités de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

Une dame âgée de 65 ans diabétique est hospitalisée pour fièvre, frisant altération de l'état général, le diagnostic de sepsis à porte d'entrée un est retenu quelle est votre CAT ?

Citer cinq (05) complications les plus fréquentes du nourrisson.

Décrire le tableau clinique de ka scarlatine de l'enfant à la phase d'état.

Cas clinique :

Une, patiente âgée de 62ans, sous corticoïdes depuis 05 ans pour un XXXX antécédents d'infections urinaires à répétition présente depuis 48H frissons et de la fièvre.

A l'examen clinique :

Un état général altéré.

T° 39.5° C, TA 10/05 cmHg – FC 115pul/mn - FR 26cycles/mn.

Rate palpable sous le rebord costal.

Douleur vive à la palpation de la fosse lombaire gauche

Une lésion cutanée crouteuse et érythémateuse en périphérie au l'aine droite.

Le bilan pratiqué en urgence :

NFS : 3100 GB, Hb 9,5g/dl Plq 100 000/mm3.

Urée sanguine 0.70 g/l, Créatinémie 14mg/l.

Téléthorax est sans anomalies.

Echographie: abdominale : hydronéphrose.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer XXXXXXXXXXX.

b. Quel sont vos arguments ?

c. Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer XXXX votre diagnostic ?

Quelle est votre CAT ?

2ème période 2014

24 heures après un déjeuner à la cantine universitaire, plusieurs étudiants présentent la symptomatologie digestive :
- A quoi pensez-vous ?
- Pourquoi ?
- Quels éléments cliniques orientent vers l'étiologie retenue ?

Un enfant âgé de 03 ans et pesant 15 kg, consulte aux urgences pour difficultés à avaler. L'examen de la gorge retrouve un enduit blanchâtre sur les 2 amygdales. Citer les éléments anamnestiques et cliniques en faveur d'une angine diphtérique commune.

Une étudiante en médecine est victime d'un accident d'exposition au sang après avoir prélevé du sang à un patient au statut sérologique inconnu. Quelle est votre CAT ?

Quelle est votre CAT devant une spondylodiscite brucellienne chez Lire fermière de 55 ans.

Citer 04 quatre situations cliniques ou vous devez pratiquer une ponction lombaire.

Décrire le tableau clinique de la fièvre boutonneuse méditerranéenne, à la période d'état.

Cas clinique :

Une jeune femme âgée de 30 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte aux urgences pour fièvre et XXXX apparus 36 heures auparavant.

A l'examen clinique :

Etat général altéré, T° : 40°C, FR 28 cycles/mn, FC 130 pu/mn, TA 10/6.

La face est le siège d'un placard rouge unilatéral, parsemé de pustules.

Un œdème palpébral unilatéral.

Présence de cordons veineux inaurés du front.

Score de Glasgow à 10/15.

Rate palpable sous le rebord costal.

Le bilan biologique :

NFS: GB 21 000/mm3 (75% PNN) Hbe 9gr/dl, plq 90 000/mm3.

VS 50/100, CRP 192m9/l, UREE 0.25 g/l.

Téléthorax : normal, PL : normale.

a/ Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

b/ Quels sont vos arguments ?

c/ Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour confirmer votre diagnostic ?

d/ Quelle est votre CAT ?

3ème période 2014

Un agriculteur de 65 ans, consulte pour difficulté à ouvrir la bouche, et l'examen clinique retrouve ;
- Un patient conscient avec un état général conserve.
- T° 37.2°C, TA 1.3/08cmHg, FR 24cycles/mn, FC 80Pul/mn.
- Impossibilité de l'ouverture de la bouche à l'examen clinique.

A/ quel diagnostic devei--vous évoquer en premier lieu ?

B/ sans traitement quelle sera l'évolution clinique de votre patient ?

A-

B-

Devant Crie diarrhée gigue, citez les éléments anamnestiques et cliniques en faveur du Choléra.

Une fillette âgée de 07 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour une éruption fébrile. Donner les éléments anamnestiques et cliniques en faveur d'une scarlatine, et citez 03 trois complications les plus fréquentes de cette affection.

Devant un tableau de méningo-encéphalite à LCR clair, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et para-cliniques en faveur d'une étiologie hérpetique.

5 Citez quatre (04) situations cliniques où vous devez pratiquer une ponction lombaire.

Citez quatre (04) antibiotiques indiqués dans le traitement d'une infection à Staphylocoque méti-S.

Cas clinique : 1

Agriculteur, âgé de 35 anse sans antécédents médico-chirurgical, consulte pour fièvre évoluant depuis 03 semaines accompagnée de sueurs, asthénie et de douleurs fessières gauche à la marche.

L'examen physique retrouve ;
- Un état général conservé.
- 38.5°C, FC 100/mn, FR 22cycles/mn, TA 11/7cmHg.
- Ganglions axillaires augmentés de volume.
- Rate dépassant le rebord costal.
- Flèche hépatique à 14 cm.
- Douleurs provoquées à la pression des 2 épines iliaques antééro-supérieures.

Le bilan pratique en urgence révèle :
- NFS : GB 3500 dont 40% de PNN, HB : 10g/dl, PLq : 160 000/mm3
- ASAT :80 UI/l, ALAT:100 UI/l.
- Echographie: hépatosplénomégalie.
- Radiographie standard du .basin est sans anomalies.

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

b. Quels sont vos arguments ?

c. Quel(s) examen(s) complémentaires) pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

d. Quelle est votre CAT?

e. Sur quels éléments est basée- la prophylaxie générale de la maladie ?

4ème Période 2014

Un enfant âgé de 05 ans et pesant 15 kg, est hospitalisé pour fièvre typhoïde commune ; quelle est votre CRT ?

Une jeune fille âgée de l5ans, consulte en urgence pour l'apparition brutale d'une éruption généralisée, donnez les éléments anamnestiques et clinique en faveur d'une rougeole.

Un patient âgé de 30 ans, consulte dans le cadre .de l'urgence pour céphalées et vomissements fébriles et une altération de l'état général évoluant depuis 03 jours, l'examen clinique retrouve : un syndrome méningé physique, un amaigrissement considérable et une candidose buccale. La TDM cérébrale est sans anomalies, le test rapide au VIH positif et la PL montre un LCR clair Alb 1gr/l la cytologie : 110 élets/mm3 (lym PNA et PNNA), glucorachie : 0,15g/l.
- Quel est votre 1er diagnostic à évoquer?
- Quels examens demandez-vous pour le confirmer ?
- Quelle est votre fiche thérapeutique ?

-
-
-

Quelle est votre CAT devant une varicelle chez un garçon de 05 ans pesant 20 kg, suivi en hématologie, pour leucémie aiguë ?

Devant une paralysie flasque aigue, donnez les éléments anamnestiques et cliniques en faveur d'une PAA.

Devant une méningite à LCR claire, citez les diagnostiques à éliminer avant de conclure à une MLAB.

Cas clinique

Une patiente âgée de 62 ans, sous corticoïdes depuis 05ans pour un Lupus et aux antécédents d'infections urinaires à répétitions, présente depuis 48 heures des frissons et de la fièvre. A l'examen clinique :
- Un état général altéré.
- T° 39,5°C - TA 10/05 cmHg - FC 115 pul/mn
- FR 26 cycles/mn.
- Rate palpable, sous le rebord costal.
- Douleur vive à la palpation de la fosse lombaire gauche.
Une lésion cutanée crouteuse et érythémateuse en périphérie au niveau de l'aine droite.
Le bilan pratiqué en urgence :
NFS : 3100 GB, Hb 9.5g/dl Plq 100 000/mm3.
Urée sanguine 0.70 g/l Créatinémie 14 mg/l.
Téléthorax est sans anomalies.
Echographie abdominale : hydronéphrose gauche.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1er lieu ?

b. Quels sont vos arguments ?

c. Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour confirmer votre diagnostic ?

d. Quelle est votre CAT ?

5ème période 2014

Décrire le tableau clinique de la coqueluche commune a la phase d'état chez un enfant de cinq ans.

Quelle est votre CAT devant un accès pernicieux à plasmodium falciparum chez un adulte de retour d'un séjour au Nigéria ?

Vous recevez un enfant de 10 ans, pesant 30kg, victime d'une morsure par un chien errant au bras et au visage, que faites-vous ?

Décrire l'érysipèle du membre inférieur et citer deux diagnostics différentiels.

Quelles sont les mesures à prendre pour prévenir la transmission du VIH de la mère à son enfant ?

Citer quatre règles à respecter lors de la pratique des hémocultures.

Cas clinique :

Un jeune fermier âgé de 35 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte aux urgences pour une XXXX évoluant depuis cinq jours associés à des douleurs musculaires et articulaires.

A l'examen clinique

- Etat général moyen céphalées.

- T° 39°C, TA 11/08 cmHg, FC 100 pul/mn.

- Sub-ictère conjonctival.

- Eruption généralisée à tout le corps maculo-papuleuse avec espace de peau saine, épargnant le visage.

- Rate palpable sous le rebord costal.

Le bilan paraclinique :

- Téléthorax est sans anomalies.

- NFS GB : 16000/mm3 (80% PNN), Hb 12g/dl, plq 55 000/mm3.

- Urée sanguin 0.21g/l, glycémie 0.95g/l.

- Bilan hépatique : Bil 25 mg/l GOT 70OUI/GP T 55 UI/l.

1. Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1er lieu ?

2. Quels sont vos arguments et que devez-vous rechercher sur le plan clinique pour étayer votre diagnostic ?

3. Quels examens demandez-vous pour le confirmer ?

4. Quelle est votre CAT ?

6ème Période 2014

Décrire le tableau clinique d'un zona intercostal moyen.

Une infirmière d'une PARI, enceinte de deux mois présente une éruption morbilliforme suspecte de rubéole, que faites-vous ?

Devant un ictère aigu fébrile, chez un adulte jeune, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques évocateurs d'une LIN ?

Quelle est votre CAT devant une méningite récidivante à pneumocoque confirmée à la culture du LCR, chez un enfant de 12 ans pesant 30kg ?

Citez quatre familles d'antibiotiques prescrites dans le traitement de la fièvre typhoïde ?

Devant une méningite aiguë à liquide clair, lymphocytaire avec normoglucorachie. Citez les éléments anamnestiques et cliniques en faveur d'une étiologie ourlienne.

Cas Clinique

Un jeune adulte de 27 ans, célibataire, séropositif au VIH, de découverte récente, consulte aux urgences pour toux fébrile évoluant depuis 10 jours.

A l'interrogatoire :
- Un amaigrissement de 6kg en 1 mois.
- Non tabagique.

A l'examen clinique :
- Un état général moyen, une T° 38.4°C.
- TA 11/6 cmHg - Poul 120 pul/mn - FR 38 cycles/mn.
- La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre.
- Présence de multiples adénopathies généralisées.
- Coloration bleuâtre des extrémités.

Les examens paracliniques :
- SaO2 65%.
- NFS : GB- 2100/mm3 (10%lym), Hbc 8gr/dl, plq 100 000/mm3.
- Taux de CD4 198/mm3.
- Radiographie pulmonaire de l'ace : images bilatérales interstitielles et micronodulaires, les culs de sac pleuraux libres.

1. Quels sont deux diagnostics ès évoquer et lequel retenez-vous ?

2. Quels sont vos arguments ?

3. Quels examens complémentaires permettront de confirmer votre diagnostic ?

4. Quelle votre CAT ?

Rattrapage 2014

Quelle est votre CAT devant un accès pernicieux à plasmodium falciparum chez un adulte de retour d'un séjour au Nigéria ?

Devant une angine à fausses membranes chez un enfant de 06 ans pesant 25 kg ?
- Quels sont les 2 diagnostics à évoquer en urgence et lequel retenez-vous ?
- Quelle est votre CAT ?

-

-

Citer quatre indications à la pratique d'une sérologie VIH.

Devant un syndrome méningé fonctionnel fébrile d'apparition brutale, donnez les éléments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur d'une méningite cérébrospinale.

Quelle est votre conduite devant un enfant âgé de 05 ans et pesant 15 kg qui est victime d'une morsure par un chien errant au visage ?

Cas clinique :

Un jeune garçon de 11 ans, sans antécédents pathologiques, consulte pour fièvre, céphalées et asthénie évoluant depuis 07 jours.

A l'interrogatoire :
On retrouve une notion de séjour en colonie de vacances remontant à trois semaines et une diarrhée liquidienne depuis 48heures.

A l'examen clinique :
- Etat général moyen, pâleur cutanée.
- T° 40°C, FC 80 pul/mn, TA 10/06cmHg, FR23cyc/mn.
- Langue chargée, abdomen météorisé et sans défense.
- Une rate palpable sous le rebord costal. Une nuque raide à la flexion de la tête.

Le bilan pratiqué en urgence :
- NFS: GR 3000/mm3 (50% PNN), Hb 8 g/dl, Plq 150 000/mm3.
- Téléthorax normal
- ASP: aérocolie.

A/ Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1er lieu ?

B/ Quels sont vos arguments ?

C/ Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

D/ Quelle est votre CAT ?

1ère Période 2013

1. Citer trois 04 situations cliniques où vous devez pratiquer une sérologie VIH/SIDA.

- découverte de MST : syphilis ou hépatite B
- bilan prénuptial
- Don de sang ou greffe d'organe
- Nouveau-né de mère sérologie (+)

2. Décrire le tableau clinique d'un érysipèle de la face.

- Secondaire à une porte d'entrée.
- une incubation silencieuse de 3 à 7 jours
- la phase de début marquée par une ascension thermique à 39°C, des frissons, et localement, il existe une toute petite tuméfaction rouge très douloureuse avec sensation de brûlure.
- la phase d'état où vont se retrouver associés des signes locaux et des signes généraux.
  - a- Les signes locaux sont spectaculaires la tuméfaction initiale va s'étendre très rapidement et réalise l'aspect d'un placard inflammatoire avec quelques caractéristiques : le placard est parfois parsemé de vésicules et de phlyctènes, il est délimité par un bourrelet périphérique. Ce placard va s'étendre et se bilatéraliser au niveau du visage et réaliser un aspect en aile de papillon
  - b- les signes généraux avec une hyperthermie à 39-40°C, plus ou moins un retentissement sur l'état général.

3. Donner la fiche thérapeutique d'une angine diphtérique commune, chez un enfant pesant 25 kg.

- Hospitalisation.
- Sérum anti diphtérique : 25.000 unités après test de Besredka.
- Vaccination J1, J3, J15.
- Traitement antibiotique à base de Péni G 100.000 U/kg/j =2.5 M U/j pendant 10 jours en IM. Si allergie : Erythromycine 50 mg/kg/j = 1250 mg/j.
- Isolement pendant 1 mois.
- Déclaration obligatoire de la maladie.

4. Citez trois (03) tableaux cliniques évocateurs d'une fièvre Q et précisez l'agent responsable :

Le tableau clinique :
- Hépatite fébrile.
- Pneumopathie fébrile.
- Fièvre prolongé et isolée.

L'agent : Richettsia burnetti = Coxiella burnetti

5. Devant une méningo-encéphalite à LCR clair, lymphocytaire, donner 03 étiologies à rechercher en 1er lieu.

- M. tuberculeuse.
- M. à Pneumocoque au stade de début.
- M. bactérienne décapitée.

Cas clinique n°1

Un jeune, âgé de 29 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour fièvre évoluant depuis 03 jours associée à des maux de tête et à des douleurs musculaires diffuses, le patient rapporte avoir participé au nettoyage de la cave de l'immeuble.

L'examen clinique
- **Un état général moyen,**
- **Fébrile à 38.5°C, pouls 100/mn, TA 10/07 cmHg, FR 20/mn**
- **Une coloration jaunâtre des conjonctives.**
- **Une rate palpable sous le rebord costal.**
- **Herpès naso-labial.**

Le bilan par aclinique :
- **NFS: GB 13 000/mm3 (80% PNN), HB 10g/dl, Plq 85 000/mm3.**
- **Urée sg 1gr/l créatinémie : 20mg/l.**
- **ALAT 100UI/L. ASAT 110UI/L Bilirubine T 25 mg/l.**
- **Echographie abdominale : RAS.**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1er lieu ?

- Leptospirose ictéro-hémorragique.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre céphalée douleur musculaire diffuse
- Participé au nettoyage de la cave de l'immeuble
- Tachycardie 100/mn
- Coloration jaunâtre des conjonctives
- SPM
- Herpès naso labiale
- Hyperleucocytose à PNN thrombopénie
- Créatine ↑urée sg ↑
- ↑ transaminase ↑ bilirubine T

c. Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérologie de Martin et Petit (-) car le 3ème jour.
- Isolement des leptospires dans le LCR et dans le sang qui est (+).

d. Quelle est votre CAT ?

→ Traitement
- Hospitalisation.
- Isolement.
- Déclaration obligatoire.
- Antibiothérapie :
  Pénicilline G : 100.000 UI/kg/j, 4 à 5 M IU/j, 10 à 15 jours.
  En cas d'allergie : Doxycycline: 100 mg/j.
  Si Allergie + Contre-indications : Erythromycine : 50 mg/kg/j, 2 g/j.
- Surveillance.
- Recherche des localisations secondaires : Hémodialyse en cas d'insuffisance rénale.

→ Prophylaxie
- Dératisation.
- Hygiène des baignades.
- Portage des gants et des chaussures.

Cas clinique N°2

Un patient âgé de 65 ans suivi pour diabète non insulino-dépendant, consulte en urgences, pour fièvre d'installation brutale, évoluant depuis 24 h, associée à une désorientation temporo-spatiale et agitation.

A l'examen clinique :
- **Un état général altéré, V' 40°C, pouls 120/mn, TA 12/8cmhg, FR 30/mn.**
- **Malade obnubilé, scoré à 10/15 échelle de Glasgow.**
- **Une gêne à la flexion de la nuque.**

Le bilan pratiqué en urgence :
- **FNS : GB 14 000/mm3, (7870PNN) , H8 12g/dl, Plq 130 000/mm3.**
- **Glycémie 1.30g/l, urée sg: 0.45 g/l.**
- **PL : LCR trouble, le reste de l'étude est en cours.**
- **Téléthorax : opacité, homogène du lobe supérieur droit.**

a. Quel est votre diagnostic ?

- Méningite bactérienne aigue à Streptococcus pneumoniae.

b. Quels sont vos arguments ?

- Age extrême >65 ans
- terrain : diabétique.
- fièvre d'installation brutale
- une désorientation temporo-spatiale et agitation
- AEG
- Tachycardie 120/min
- Polypnée 30/min
- Obnubilation
- Une gêne à la flexion de la nuque
- FNS : hyperleucocytose à PNN
- PL : LCR trouble

c. Compléter les résultats de l'étude du LCR ?

- trouble purulent
- Hyperleucocytose à PNN > 1000éléments/mm3
- Hypoglucorachie < 0.65 g/l
- Hyperalbuminorachie
- Chlorure normale

d. Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord.
- Traitement antibiotique : Cefotoxime 8 g/j en IVD pendant 15 à 21 jours.
- Surveillance clinique et biologique

1ère Période 2012

1. Devant un tableau de méningite sigue à liquide clair, citez trois (03) étiologies graves à rechercher.

- M. tuberculeuse.
- M. à Pneumocoque au stade de début.
- M. bactérienne décapitée.

2. Rédigez la fiche thérapeutique d'un nourrisson de 08 mois, pesant 07 kg, admis pour méningo-encéphalite herpétique probable.

- Hospitalisation
- Isolement
- Examens complémentaire : PL / FNS/ IRM
- Acyclovir 15 à 20 mg/kg/j pendant 3 semaines en IVD, 3 x j
- Surveillance clinique et biologique

3. Décrire la quinte de toux de la coqueluche chez un enfant d'âge scolaire.

- Chaque quinte est composée de plusieurs paroxysmes
- Elle se termine par une expectoration faite d'une mucosité transparente ou blanchâtre
- L'examen clinique du sujet retrouve au moment des quintes, un visage bouffi, cyanosé avec injection conjonctivale, il peut également retrouver un purpura péréchial au niveau du visage et du cou.
- En dehors des quintes, l'examen clinique est strictement normal.

4. un homme âgé de 40 ans séropositif pour le VIH de découverte récente, se présente au pavillon des urgences dans un tableau associant : T° à 39°C, céphalées, et vomissements. L'examen clinique retrouve :
- Un état général altéré
- Une flexion douloureuse de la nuque
- Absence de déficit moteur ou de troubles de la conscience.
- un taux de CD4 140 cel/mm3.
a/ A quoi pensez-vous ?
b/ Comment confirmez-vous votre diagnostic ?

5. Devant un ictère fébrile, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur d'une leptospirose ictèro-hémorragique ?

→ Anamnestiques,
- Notion de profession exposant : éboueur, égoutier, travail à l'abattoir, éleveur, cultivateur.
- Léchage de chien ou morsure de rat.
- S'il y a fait une baignade où il y a l'eau polluée d'urine de rat ou marche pied nu lors d'une pèche dans une rivière.

→ Cliniques :
- Syndrome infectieux sévère : fièvre à 40°C, brutal avec frisson.
- Syndrome ictérique : selle de coloration normale avec urines foncées, Transaminases normales, Bilirubine↑↑ à prédominance conjuguée.
- Syndrome hémorragique : TP normal et complexe Prothrombine, gingivorragie, épistaxis, atteinte cutanée maculo-papuleuse, pétéchie, herpes naso-labial, ictére conjonctivale, hyperhémie cutanée.

→ Biologiques :
- Bilan hépatique : Transaminase normale, Bilirubine↑.
- Bilan d'hémostase : TP normal.
- Mise en évidence du germe :
* Dans LCR et sang → 7 premier jours.
* Dans les urines → 15 au 21 jours.
- Sérologie de Martin et Petit.

Cas clinique N°1 :
Un jeune homme âgé de 35 ans, jardinier de profession, consulte aux urgences à la fin de la saison estivale pour une fièvre apparue depuis 4 jours associées à une asthénie et des douleurs articulaires.
A l'interrogatoire :
- Aucun antécédent médico-chirurgical.
A l'examen clinique :
- Un état général altéré.
- T° à 40°C, FC 120 /mn, TA 10/06 cmHg à 24 cycles/mn
- Rate palpable sous le rebord costal.
- Une éruption généralisée faite de macules et papules.
- Un œil rouge douloureux droit.
Bilan fait en urgence :
- NFS : 15000 GB/mm3 avec 75% de PNN et le reste du bilan est sans particularité.
a) Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?
b) Quels sont vos arguments ?
c) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?
d) Quelle est votre CAT ?

Cas clinique N°2 :
Une patiente âgée de 52 ans, opérée depuis une semaine pour cholécystite aigue. Présente depuis 24 heures : frissons, fièvre.
A l'interrogatoire : patiente diabétique (DNID) traitée depuis 05 ans.
A l'examen clinique :
- Etat général altéré.
- T° à 36°C, TA 09/05 cmHg, FC 115 /mn, FR à 30 cycles/mn
- Rate palpable sous le rebord costal.
- Sub-ictère conjonctival, et oligurie.
- Le reste de l'examen clinique est sans particularité.
Le bilan pratiqué en urgence :
- NFS 20 000 GB/mm3 dont 80 % de PNN, Hémoglobine 09gr/dl, plaquettes : 100 000/mm3
- Urée : 0.60gr/l, créatinémie : 18mg/l, Glycémie : 1.20gr/l.
- Bilirubine totale 20mg/l, SGPT : 75UI/l et SGOT : 80 UI/1.
- Télé thorax et l'échographie abdominale sont sans particularité.
a) Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- SBGN

b) Sur quels arguments ?

- cholécystectomie (01 semaine)
- Fièvre Frisson
- DNID
- AEG
- Tachycardie polypnée
- SPM
- Sub-ictère conjonctival, et oligurie.
- Hyperleucocytose à PNN avec Thrombopénie
- BT ↑ TA↑

c) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémoculture :
* Avant toute antibiothérapie
* Aux plis thermiques
* Multiples à intervalle de 30 min
* Condition d'asepsie.
- ECBU : recherche de germe.
- Echographie rénale + bilan hépatique.

d) Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Double antibiothérapie, bactéricide, en IV :
  Céfotaxime : 200 - 300 mg/kg/j, 8 à 12 g/j, 4 x j, IVD, pendant 6 semaines.
  Gentamycine : 2 à 3 mg/kg/j, 160 mg/j, 1 x j, pendant 7 à 10 jours.
- Surveillance clinique

2ème Période 2012

1. Un agriculteur de 65 ans, consulte pour difficulté à ouvrir la bouche, et l'examen clinique retrouve :
- Un patient conscient avec un état général conservé.
- T° 37.2°C, TA 13/08cmHg, FR 24cycles/mn, FC 80pul/mn.
- Impossibilité de l'ouverture de la bouche à l'examen clinique.

A. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

-Tétanos

B .Sans traitement, quelle sera l'évolution clinique de votre patient ?

Les contractures deviennent généralisées et l'examen clinique permet de noter les éléments suivants :
- Une hyper-réflectivité ostéo-tendineuse généralisée sans signe de Babinski ;
- Une raideur douloureuse du rachis avec exagération de la lordose lombaire et hyperextension ;
- Une saillie des muscles abdominaux et thoraciques notamment lm intercostaux ;
- Une rétention urinaire et des troubles de la déglutition.

2. Citer trois (03) situations cliniques qui nécessitent la pratique des hémocultures :

- Fièvre typhoïde.
- Staphylococcie maligne de face.
- Septicémie à BGN

3. Un adulte jeune présentant des céphalées fébriles évoluant depuis 24 heures et l'examen clinique retrouve une raideur de la nuque. La PL ramène un LCR clair, contenant 03 éléments/mm³ de lymphocytes, une albuminorachie à 0.35g/let une glycorachie à 0.45 g/l pour une glycémie 1g/l.

A. A quoi pensez-vous ?

- Au méningisme :

B. Citer deux étiologies possibles :

- Virose.
- PFLA.
- Fièvre typhoïde en phase d'état.
- Primo-invasion de paludisme.

4. Citer quatre (04) infections opportunistes de l'infection à VIH/SIDA et leur traitement spécifiques succinctement :

→ Pulmonaires
- <u>Pneumocystose due à Pneumocystis carinii</u>: Co-trimoxazole (Bactrim) 75 à 100 mg/kg/j pendant 21 jours + Chimio-prophylaxie secondaire (Bactrim).
- <u>La tuberculose</u> : 2 antituberculeux pendant 2 mois.

→ Neurologiques :
- <u>Toxoplasmose cérébrale due à Toxoplasma gondii</u>: Sulfadiazine (ADIAZINE) + Pirimétamine (MALOCID) ou bien Sulfadiazine + Clindamycine. En plus d'une prophylaxie secondaire au Bactrim.

→ Digestives :
- <u>Candidose oro-pharyngée</u> Traitement de la candidose.

5. Une fillette âgée de 06 ans, sans antécédents pathologiques particuliers consulte pour une éruption généralisée fébrile.
Donner les éléments anamnestiques et cliniques en faveur d'une scarlatine.

Cas clinique N°1 :
Un homme de 61 ans, sans antécédents pathologiques, consulte aux urgences, pour maux de tête fébriles évoluant depuis trois jours.
A l'examen clinique :
- Etat général altéré, T° 38.5°C, TA 13/8cmHg, FC 80Pul/mn, FR 24/mn.
- Le patient est confus avec perte de mémoire.

- Scoré à 12/15 sur l'échelle de Glasgow.
- Le reste de l'examen est sans particularité
Le bilan pratiqué en urgence retrouve
- NFS : 9500 GR (70% de PNN), Hbe 13.5g/dl, Plq 175 000/mm3
- PL : LCR : clair : 160 éléments lymphocytes/mm3 et quelques hématies ; ALB: 0.47g/l, glycorachie 0.49g/l, glycémie0.90g/l, examen directnégatif et culture en cours.
- Téléthorax : normal
- TDM Cérébrale : images hypodenses des régions temporales droites.

a- Quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu ?

- Méningo-encéphalite herpétique.

b- Quels sont vos arguments ?

- Fièvre (T° 38.5°C)
- Altération de l'état général
- Confusion + perte de mémoire
- LCR claire et normoglucorachie.
- TDM Cérébrale : images hypodenses des régions temporales droites.

c-Quel (s) examen (s) complémentaire (s) pratiquez-vous pour la confirmation ?

- PCR du LCR → Herpes virus.

d- Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation
- Isolement
- Acyclovir 15 à 20 mg/kg/j pendant 3 semaines en IVD, 3 x j
- Traitement anticonvulsivant.
- surveillance clinique et biologique

Cas clinique N ° :2
Une femme âgée de 40 ans pesant 60kg originaire de M'SILA, consulte pour une fièvre, céphalées et vertiges évoluant depuis 7jours.
A l'examen clinique :
- Etat général moyennement altéré, pâleur cutanée.
- T°40°C, FR 25cyc/mn, FC 80pul/mn, TA 10/05cmHg
- Rate palpable sous le rebord costal, abdomen ballonné et sensible.
- Présence de selles liquides à saison de 4 à 5 épisodes par jour.
Le bilan pratiqué en urgence montre :
- NFS: GB 4500 (35% PNN), Hb 09g/dl, Plq 150 000.
- SGOT 3x Nle, SGPT 2xNle,Blirubine 10mg/l.
- Télé thorax : normal, ASP : aérocolie.

a- Quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu ?

- Fièvre typhoïde

b- Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse : céphalée, zone endémique
→ Clinique : pâleur cutanée, abdomen météorisé, fièvre T°40°C , splénomégalie
→ Biologique : leucocytose normale et anémie légère.

c- Quels examens complémentaires pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic

- Coproculture.
- Hémoculture.
- Sérodiagnostic de Widal et Felix.

Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord.
- Transfusion sanguine.
- Antibiothérapie : Thiamphénicol pendant toute la phase fébrile et arrêter après deux semaines d'apyrexie à dose progressive J1 → 1/4, J2 → ½, J3 → ¾ la dose total, J4 → dose totale qui est 2 g/j per os.
- Surveillance : NFS/ semaine (hématotoxique) et observance du traitement.
- Hygiène des mains.
- Isoler le malade.
- Coproculture à intervalle de 48 h pour confirmer la guérison.

3ème Période 2012

1. Un adulte jeune âgé de 26 ans et pesant 75 kg, dont le dernier rappel DT remonte à plus de 8 ans, consulte pour une morsure de la main occasionnée par un chien errant. Quelle est votre CAT ?

- Vaccination immédiate avant de déclarer la maladie.
- Soins locaux : désinfecter la plaie à l'eau de javel efficace et ne pas suturer la plaie.
- Apprécier le risque de contamination par l'animal : isoler pendant 2 semaines et libérer 3 certificats : J0, J7, J14
→ Si l'animal ne meurt pas ⇒ il n'est pas enragé.
→ S'il meurt ⇒ abattre la tête et l'envoyer à l'anapath.
- Sérum Anti Rabique : sérum : dose 40 u/kg = 3000 unités avec méthode de Besredka
- Vaccin : 7 injections : J0 à J6 + 4 rappels en intra dermique J10, J14, J29 et J89.

2. Une dame âgée de 60 ans fébrile à 40°C et en état général altéré, présente un placard inflammatoire unilatéral de la face mal limité, associé à un œdème palpébral homolatéral. Quel est votre diagnostic?

- Erysipèle de la face

Rédiger la fiche thérapeutique.

- Hospitalisation.
- Traitement de la porte d'entrée.
- Pénicilline G 10 à 20 M UI/j pendant 15 jours.
- En cas d'allergie : Erythromycine 2 à 3 g/j pendant 15 jours.

3. A propos de la fièvre Q :
- Quel est le germe responsable ?
- Citer 3 tableaux cliniques évocateurs de cette affection.

L'agent : Richettsia burnetti = Coxiella burnetti
Le tableau clinique :
- Hépatite fébrile.
- Pneumopathie fébrile.
- Fièvre prolongé et isolée.

4. Devant une diarrhée aigüe, citer les éléments épidémiologiques et cliniques en faveur du choléra.

- Début brutal + asthénie + angoisse.
- Diarrhée en grains de riz, 4 à 10 selles/j.
- Soif intense.
- Vomissement alimentaire puis bilieux.
- Apyrexie + conscience conservée.
- Myalgies + Crampes musculaires.
- Visage émacié.
- Peau sèche et pli cutané + état de choc.
- Hypotonie et aréflexie.

5. Citer trois (03) tableaux cliniques évocateurs d'une primo-infection à VIH ?

- Un syndrome mono-nucléosique (fièvre, polyadénopathies, angine, splénomégalie...).
- Parfois un tableau d'hépatite, d'œsophagite.
- Parfois un tableau de syndrome méningé ou méningo-encéphalitique.

Cas clinique N° :1

Un étudiant Malien séjournant en Algérie depuis 2 mois, consulte aux urgences pour : fièvre, frissons et maux de tête évoluant depuis une semaine.

A l'examen clinique :

- Une pâleur cutanée, et un état général conservé.

- T°39°C, TA 11/7 cmHg, FC 120pul/mn, FR 26 cycles/mn.

- Une rate dépassant le rebord costal.

- Un herpès naso-labial.

Le bilan en urgence :

- NFS : GB : 3500/mm3 (60% PNN, 40% LYM)

Hb 9g/dl et PLQ : 150 000/mm3

- Urée sanguine 0.40g/l

- Rx pulmonaire : sans particularité.

a) Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1er lieu et quel(s) en est (sont) l'(les) agent(s) responsable(s) ?

b) Quels sont vos arguments ?

c) Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous ; pour confirmer votre diagnostic ?

d) Quelle est votre CAT

Cas clinique N° :2

Un adolescent âgé de 16 ans, habitant Alger, pesant 60 kg, correctement vacciné et il est suivi en hématologie pour a anémie hémolytique congénitale depuis son enfance, consulte au pavillon des urgences pour : fièvre, maux de tête et vomissements répètes depuis 24 heures.

A l'examen clinique :

- Un état général altéré.

- T° 39.5°C, TA:10/6cmHg, FC 130 pul/mn, FR 25 cycles/mn.

- Patient agité, confus, scoré à 10/15 sur l'échelle de Glasgow.

- Sa nuque est raide.

- Le reflexe cutané plantaire en extension.

Le bilan d'urgence :

- NFS : GB : 20 000/mm3 80% PNN.

Hb : 8g/dl et PLQ : 120 000/mm3.

- FO et TDM cérébrale : sans particularités.

a) Quel est le diagnostic que vous devez évoquer eue lieu ?

- Méningite bactérienne aigue due au Streptococcus pneumoniae.

b) Sur quels arguments ?

- A l'anamnèse : terrain anémie hémolytique congénitale
Syndrome méningé fonctionnel : céphalée + fièvre et vomissement.
- Syndrome méningé physique = raideur de la nuque.
- AEG
- Troubles neurologiques : Agitation et confusion
- Hyperleucocytose à PNN

c) Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour confirmer votre diagnostic ?

- Ponction lombaire → LCR purulent à PN altéré.
- Hémoculture.

d) Quelle est votre CAT ?

1- Hospitalisation.
2- Deux voies d'abords.
3- Traitement anticonvulsivant.
4- Rééquilibre hydro-électrolytique (vomissement).
5- Recherche de foyer ORL pour le traitement de la porte d'entrée.
6- Traitement antibiotique :
* Si examen direct (-) : Cloforan : Céfotaxime → 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 15 à 21 j.
* Si examen (+) : selon l'antibiogramme, Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, 15 à 21 j.
* Si signes de gravité associés : on ajoute Vancomycine 40 mg/kg/j en IV, 4 x j.
* Si allergie : Chloramphénicol 100 mg/kg/j, 4 x j, pendant 15 à 21 j.
7- Faire une PL à la fin du traitement pour s'assurer de la guérison.
8- Surveillance clinique : examen neurologique, diurèse.

4ème Période 2012

1. Un patient âgé de 30 ans est hospitalisé pour fièvre typhoïde probable non encore mis sous traitement antibiotique, présente brutalement une exacerbation des douleurs abdominales, associées à un ventre de bois à l'examen clinique.
- Quelle complication faut-il craindre?

- Perforations intestinales

- Quel(s) examen(s) complémentaire(s) en urgence devez-vous pratiquer et qu'en attendez-vous ?

- ASP retrouve le plus souvent un croissant gazeux inter hépatico-diaphragmatique.
- FNS retrouve une hyperleucocytose à PNN

2. Parmi les antibiotiques suivants : Peni G, Ofloxacine, Ceftriaxone, Kanamycine, Erythromycine et Ampicilline, lesquels sont utilisés dans le traitement des méningites bactériennes communautaires.

3. Vous recevez une infermière pour un accident à l'exposition au sang, en prélevant un patient au statut sérologique inconnu. Que devez-vous faire ?

4. Citez quatre (04):.particularités de la coqueluche du nourrisson

5. Rédigez la fiche thérapeutique d'un zona ophtalmique chez un patient âgé de 70 ans.

- Désinfection locale.
- Antalgique pour soulager la douleur.
- Il faut que le malade consulte chez un ophtalmologue pour localiser les lésions car si elles touchent le cornée ⇒ Cécité.
- S'il est ID (diabète....), on associe un traitement antiviral en IV.

6. Citez trois (03) causes locales de trismus.

- Accident infectieux de la dent de sagesse, dans ce cas le trismus est unilatéral ;
- Phlegmon de l'amygdale : c'est une infection de toute la loge amygdalienne, le trismus est unilatéral.
- L'arthrite temporo-maxillaire : elle se voit après sérothérapie vers le 8ème jour, elle peut être bilatérale.
- Le trismus du à certains neuroleptiques.
- Le trismus neurologique du à certaines atteintes bulboprotubérantielles.

Cas clinique N° :1

Un technicien de laboratoire, âgé de 25 ans, sans antécédents médicochirurgical, consulte pour fièvre évoluant depuis 03 semainesaccompagnée de sueurs, asthénie et de douleurs fessières gauche à la marche.

L'examen physique retrouve ;

- Un état général conservé.

- T° : 38.5°C, FC 100/mn, FR 22cycles/mn, TA 11/7cmHg.

- Ganglions axillaircs augmentés de volume.

- Rate dépassant le rebord costal.

- Flèche hépatique à 14 cm.

- Douleurs provoquées à la pression des 2 épines iliaques antéro supérieures.

Le bilan pratique en urgence révèle :

- NFS : GB 3500 dont 40% de PNN, HB : 10g/dl, PLq :160 000/mm3

- ASAT : 80 UI/l, ALAT : 100UI/l.

- Radiographie standard du bassin est sans anomalies.

a- Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Brucellose aigue.

b- Quels sont vos arguments ?

- Un technicien de laboratoire (maladie professionnelle)
- Fièvre + sueur + asthénie

- douleurs fessières gauche à la marche.
- Un état général conservé.
- ADP axillaires.
- SPM
- HPM
- NF5 : leucopénie
- TA ↑

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérologie de Wright.
- IDR à la Militine.
- Coloration de Rose Bengale.

d- Quelle est votre CAT ?

- hospitalisation
- Recherche autre localisation secondaire → échographie.
- Antibiothérapie double, à bonne diffusion lymphatique et intracellulaire, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j pendant 45 jours.
- Surveillance clinique d'effet secondaire du traitement : Rifampicine.

e. Sur quels éléments est basée la prophylaxie générale de la maladie ?

- Déclaration obligatoire.
- Enquête épidémiologique.
- Abattage des animaux malades.
- Vaccination des troupeaux.
- Contrôle des produits laitiers.
- Education sanitaire.
- Maladie professionnelle :
  - Déclaration.
  - Bilan.
  - Indemnisation.

Cas clinique N° : 2

Un enfant âgé de 08 ans, est amené par ses parents aux urgences pour fièvre accompagnée de frissons et d'une toux sèche évoluant depuis trois jours.

A l'interrogatoire : un asthme bronchique comme antécédent.

A l'examen physique :

- Un état général moyennement altéré.

- 40°C, FC 130/mn, FR 38 cycle/mn, TA 09/06cm/Hg.

- Limitation douloureuses à la flexion de la nuque

- Vibrations vocales augmentées et raies crépitant à la base pulmonairegauche.

- Une PL faite en urgence ramène un LCR clair : 10 elets/mm3 de lymphocytes, albuminorachie: 0.30g/l et glucorachie : 0.50g/l pour une glycémie à 1.10g/l, examen direct négatif.

a- Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- PFLA

b- Sur quels arguments?

- Fièvre (40°C)
- frisson.
- Une toux sèche
- Un état général moyennement altéré.
- Tachycardie (FC 130/mn)
- Polypnée (FR 38 cycle/mn)
- ↗ des vibrations vocales et râles crépitants.
- Syndrome méningé : raideur de la nuque avec PL normale ⇒ méningisme

c- Quels examens complémentaires devez-vous demandez et qu'enattendez-vous ?

- Radiographie thoracique de face → Opacité basithoracique gauche systématisée.
- FNS : Hyperleucocytose à PNN.

d- Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation
- Hémoculture
- TRT : - Amoxicilline 3 g/j, 4 x j, pendant 10 jours.
- CIE

5ème Période 2012

1. Citez trois (03) situations cliniques pour lesquelles vous devez pratiquer une ponction lombaire.

2. Devant un exanthème généralisé, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques faveur d'une rougeole à fa période d'état.

→ Anamnestiques :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination ou incorrecte.

→ Clinique :
- **La phase d'état :** éruption maculo-papuleuse rouge avec espace de peau saine (s'efface à la vitro-pression)
  Evoulution :

1 er J : l'éruption débute généralement le soir à la racine de cuir chevelu et derrière les oreilles puis les éléments se multiplient d'heure en heure pour envahir le visage

2 éme J : l'éruption descend vers le cou, les épaules, les membres supérieurs et le thorax.

3 éme J : l'éruption atteint l'abdomen et la racine des cuisses.

4 éme J : les membres inférieurs

La fièvre, le catarrhe et la toux sont à leur maximum pendant toute la durée de l'éruption

5 éme J : , la température chute soit progressivement en lysis, soit brutalement et se normalise dès le 5ème 6ème jour. Le catarrhe diminue dès le 5ème jour et disparaît en moins d'une semaine. Seule la toux va persister encore 1 à 2 semaines.

3. Un jeune homme âgé de 30 ans consulte aux urgences dans un tableau associant fièvre à 38,39°C, toux et dyspnée, évoluant depuis une semaine. Le télé thorax de face objective des images réticulo-nodulaires bilatérales.
A - donnez les arguments anamnestiques et biologiques en faveur d'une pneumocystose pulmonaire.
B - quel traitement d'attaque préconisez-vous ?

4. Décrire le tableau clinique d'une toxi-infection alimentaire à salmonelles mineures.

- Fièvre.
- Vomissement peu abondant.
- Période d'incubation longue → 10 jours entre le début clinique fonctionnel et physique.
- Diarrhée liquide fétide.
- Douleur abdominale.

5. Rédigez la fiche thérapeutique d'un érysipèle récidivant des membres inférieurs chez une dame porteuse de varices âgée de 60 ans.

- Hospitalisation.
- Rechercher la porte d'entrée cutanée pour le traitement.
- Traitement anticoagulant préventif (1 inj Levenox / j).
- Demander des hémocultures répétées avant toute antibiothérapie + antibiogramme.
- Prélèvement de la porte d'entrée.
- Traitement antibiotique : Péni G à dose de 10 à 20 M U/j pendant 15 jours.
- Surveillance clinique.

Cas clinique N° :1

Un enfant âgé de 10 ans, pesant 40 kg et sans antécédents pathologiques particuliers, est amené aux par ses parents aux urgences pour fièvre et frissons apparus 48 heures auparavant, associes à une polypnée superficielle.

L'examen clinique retrouve :
- **Altération de l'état général**
- **T° 39.5°C , FR 36 cycles/mn , TA 09.5/06 cmHg , FC 130 pul/mn**
- **Pâleur cutanéo-muqueuse.**
- **Lésions cutanées à type de taches centrée par du pus.**
- **Souffle diastolique de 3/6 au foyer aortique.**
- **Rate palpable sous le rebord costal.**
- **Râles crépitant aux 2 bases pulmonaires.**

Le bilan pratiqué en urgence :
- **NFS : GB 17 000 (80% PNN), MB 10g/d1, plaquettes 100 000/mm3.**
- **VS 50 la 1ère heure, CRP 96mg/l , urée sanguine 0.30 g/l**

a) Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?
b) Sur quels arguments ?
c) Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic et qu'en attendez-vous ?
d) Quelle est votre CAT ?

Cas clinique N° :2

Une adolescente âgée de 15 ans, consulte pour céphalées fébriles.
A l'interrogatoire
- **Pas d'antécédent médico-chirurgical particulier.**
- **Notion d'un cas similaire au collège.**

A l'examen clinique :
- **Etat général conservé.**
- **38°C, FC 90/mn, TA 11/07 cmHg, FR 24cycles/mn.**
- **Flexion douloureuse de la nuque.**
- **tuméfaction bilatérale comblant le sillon retro mandibulaire.**

a) Quel diagnostic évoquez-vous en en lei lieu ?

- Méningite ourlienne avec parotidite.

b) Quels sont vos arguments ?

- Notion de contage.
- Fièvre.
- Tuméfaction mandibulaire
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque.
- Etat général conservé.

c) Quels examens complémentaires demandez-vous pour étayer votre diagnostic ?

- PL : LCR clair, riche en lymphocytes, hypoglucorachie.
- PCR du LCR : virus ourlien → Paramyxovirus.

d) Quelle est votre.CAT ?

- hospitalisation
- Isolement
- Antipyrétiques
- Antalgique
- Anti-inflammatoires
- Anti mimétique
- Repos strict
- Surveillance

6ème Période 2012

1. Rédiger le fiche thérapeutique d'une diphtérie laryngée. Chez un nourrisson de 03 mois pesant 06 Kg.

2. Décrire les paralysies périphériques de la poliomyélite antérieure aigue.

3. Rédiger l'ordonnance de chimio prophylaxie anti palustre pour un adulte se rendant en zone d'endémie palustre trois.

4. Quelle est votre conduite à tenir devant une femme enceinte de 02 mois ayant été en contact avec un enfant rubéoleux.

5. devant un exanthème fébrile, quels sont le éléments anamnestiques et clinques en faveur d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne.

Cas clinique N ° :1

Un jeune fellah âgé 40 ans, originaire de Tizi-ouzou , consulte aux urgences pour fièvre d'installation brutales ,associée à une asthénie ,des maux de tête et des courbatures évaluant depuis 04 jours .

A l'interrogatoire : On ne trouve aucun antécédent pathologique particulier.

A l'examen clinique :

- Etat général altéré.

- T° :40C – FC :120 pul/mn-TA :11/7 cm Hg – FR :25 cyc/mn.

- Coloration jaunâtre des conjonctives. – Œdème des membres inférieurs.

- Herpès naso-labiale et Rate palpable sous le rebord costal.

Le bilan fais en urgence :

NFS : GB 15 000 (75% PNN) , HB 10 g/dl,PLQ 80 000/mm3

Glycémie 1.02 g/l,Urée sanguine 0.90 g/l, créatinémie 18 mg/l

GOT 120 UI/l,GPT 100 UI/l, Bilirubine Totale 25 mg/l

Ionogramme Sg : Na+135 mEq/l, k+ 305 mEq/l

LCR : clair, cytologie 120 élets/mm3 lym, ALB 0.60 g/l , Glucorachie 0.50 g/l, examen direct et culture encours.

a/ Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1 ér lieu ?

b/ Quel sont vos arguments ?

c/ Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour le confirme ?

d/ Quelle est votre CAT ?

Cas clinique N ° :2

Un écolier âgé de 08 ans correctement vacciné et sans antécédents particuliers, est amené aux urgences, pour fièvre élevée apparue le jour même, associée à un malaise général et à des vomissements.

A l'examen clinque :

L'état général est altéré,

T°39°C, FC 130/mn, FR 30/mn, TA 07/04 cmHg.

Taches rouges violacées de quelques mm à 1 cm de diamètre généralisées tout le corps.

L'enfant est prostré, scoré à 10/15 (échelle de Glasgow) et sa nuque est raide,

Le bilan pratiqué en urgence :

NFS 13 000 GB(60% PNN), HB 09g/dl, PLQ 60 000 /mm3

TP 55% - complexes solubles positifs

PL : LCR : clair, 45 élets/mm3de PNA, ALB 0.80g/l, Glucorachie 0.20 g/l. l'examen direct et culture en cours.

a/ Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1 ér lieu ?

b/ Quel sont vos arguments ?

c/ Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour le confirme ?

d/ Quelle est votre CAT vis à vie du patient?

1ère Période 2011

1. Rédigez la fiche thérapeutique d'une angine diphtérique commune chez un enfant de 10 ans pesant 40 kg :

- Hospitalisation.
- Sérum anti diphtérique : 40.000 unités après test de Besredka.
- Vaccination J1, J3, J15.
- Traitement antibiotique à base de Péni G 100.000 U/kg/j = 5 M U/j pendant 10 jours en IM. Si allergie : Erythromycine 50 mg/kg/j = 2.5 g/j.
- Isolement pendant 1 mois.
- Déclaration obligatoire de la maladie.

2. Parmi les antibiotiques suivants : Rifampicine, Erythromycine, Doxycycline, Gentamycine, Imipenème, Oxacilline, citez-en trois (03) actifs sur les Brucelles :

- Rifampicine
- Doxycycline
- Gentamycine.

3. Devant une méningite à LCR clair, citez trois (03) étiologies graves qu'il faut élinimer avant de retenir l'éventualité d'une MLAB (Méningite Lymphocytaire Aigue Bénigne) :

- M. tuberculeuse.
- M. à Pneumocoque au stade de début.
- M. bactérienne décapitée.

4. Devant une cellulite de la face, citez quatre (04) éléments cliniques évocateurs d'une staphylococcie maligne de la face :

- Cellulite diffuse sans bourrelet périphérique.
- Chimosis.
- Exophtalmie.
- Thrombose des veines frontales.

5. Devant un exanthème fébrile chez un enfant de 4 ans, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques en faveur d'une rougeole ?

→ Anamnestiques :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination ou incorrecte.

→ Cliniques :
- Incubation 10 jours.
- Début : fièvre à 40°C.
- Catarrhe naso-oculaire laryngo-trachéo-bronchique + exanthème : signe de Koplick + Erythème marginé du voile du palais.
- Phase d'état : éruption maculo-papuleuse rouge avec espace de peau saine

Cas clinique N°1 :

Monsieur A.Abdelkader âgé de 40 ans, originaire de Bejaia, pesant 70 kg, consulte pour diarrhée aigue.

*** A l'interrogatoire :**

- Notion de séjour d'une semaine en Inde.

- Le début des troubles remonte à deux jours après sont retour en Algérie.

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré avec soif intense.

- T° = 37°2 C, TA = 08/04 cmHg, FC = 120/mn, FR = 25/mn.

- Oligurie, pli cutané, sècheresse des muqueuses.

- Selles liquides aqueuses, nombreuses, associées à des vomissements.

- Douleurs musculaires.

- Le reste de l'examen est sans particularité.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Choléra en phase d'état.

b. Quels sont vos arguments ?

- Diarrhée aigue, aspect afécale des selles.
- Séjour en zone endémique : Inde.
- Altération de l'état général.
- Soif intense.
- Absence de fièvre.
- Tachycardie + polypnée + hypotension.
- Déshydratation intracellulaire → soif intense
- Déshydratation extracellulaire → sécheresse des muqueuses, oligurie, pli cutané.
- Myalgie + vomissement.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Et quel en est l'agent responsable ?

- Examen : coproculture des selles fraiches du matin et culture dans EPAH : eau peptonée alcaline hypersalée (3 %).
- Agent : Vibrion cholérique.

d. Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation et isolement.
- Déclaration obligatoire.
- Faire un bilan de déshydratation : peser le malade.
- On commence par la voie parentérale en IV : perfusion de sérum Ringer lactate 1 litre → 10 min, 2 litres → 20 min. Le reste du volume perdu en 5 à 6 h puis on refait le bilan de déshydratation.
- On met le malade dans un lit de cholérique.
- Si amélioration → on demande au malade de boire à volonté dans les premières 24 h.
- ATB : Doxycycline 2 g/j per os pendant 3 à 5 jours.
- Surveillance clinique + Rééquilibre hydro-électrolytique.
- Chimio-prophylaxie de l'entourage : Sulfadoxine en IV 1.5 g/j ou per os 3 cp → cp = 500 mg/j.

Cas clinique N°2 :

Madame B.H âgée de 37 ans, célibataire, séropositive au VIH, est amenée aux urgences pour état de mal convulsif en climat fébrile apparu la veille.

*** A l'interrogatoire : mauvaise observance du traitement antirétroviral.**

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré, scorée à 10/15 sur l'échelle de Glasgow.

- T° = 39°C, TA = 11/08 cmHg, FC = 110/mn, FR = 30/mn

- Désorientation temporo-spatiale.

- Paralysie faciale centrale droite avec une hémiparésie des membres homolatérale.

- Le reste de l'examen est sans particularité.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Toxoplasmose cérébrale due au Toxoplasma gondii sur infection au VIH.

b. Sur quels arguments ?

- Séropositive au VIH.
- Etat de mal convulsif.
- Fièvre.
- AEG.
- Trouble de conscience 10/15.
- Désorientation temporo-spatiale.
- Présence des signes focaux : paralysie faciale centrale droite et hémiparésie des membres homolatérale.

c. Quel examen complémentaire demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Et qu'en attendez-vous ?

- IRM ou Scanner → lésion en cocarde : hypodensité centrale entourée d'une prise de contraste.

d. Quelle est votre CAT ?

- Association Sulfadiazine 4 à 6 g/j + Pirimétamine 50 mg/j per os pendant 6 à 8 semaines.
- Acide folique 10 mg/j → ↘ hémotoxicité de Primétamine
- Anticonvulsivant : Rivotril en crise et Dépakine → traitement de fond
- Le traitement antirétroviral du VIH est interrompu pendant la phase d'attaque car il y a risque de cumul des toxicités.
- Si intolérance aux Sulfamides : on utilise Pyriméthamine, Clindamycine.

2ème Période 2011

1. Devant un ictère fébrile, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques qui plaident en faveur d'une leptospirose « LIH » à la période d'état ?

→ Anamnestique :
- Notion de morsure de rat ou de chien.
- Baignade et profession exposante : éboueur ou égoutier.

→ Clinique :
- Syndrome infectieux sévère : fièvre 40°C + AEG + syndrome algique + céphalée.
- Syndrome méningé à LCR clair lymphocytaire.
- Syndrome cutané : herpes + injection conjonctivale.
- Syndrome rénal : oligurie, urines foncées.
- Syndrome ictérique → coloration jaune des téguments.
- Syndrome hémorragique : gingivorragie.

→ Biologie :
- Bilirubine ↑ à prédominance conjugué.
- Transaminase ↑.
- Hématurie microscopique + albuminurie et hyperazotémie.
- TP normal.
- Sérologie de Martin et Petit (+).

2. Citez quatre (04) étiologies à rechercher devant un trismus :

- Tétanos.
- Arthrite temporo-maxillaire post sérothérapie.
- Alcalose métabolique.
- Accident infectieux de la dent de sagesse.

3. Rédigez la fiche thérapeutique devant un accès pernicieux palustre chez un adulte de 36 ans, pesant 60 kg :

→ Quinine en 3 perfusions/j de 4 h de durée pendant 7 jours.

→ Traitement symptomatique :
- Transfusion sanguine.
- Dialyse si échec d'équilibre hydro-électrolytique.
- Traitement anticonvulsivant.
- Ventilation assistée.
- Prophylaxie de l'entourage.

4. Citez quatre (04) situations où vous devez pratiquer un test de dépistage VIH/SIDA :

- Découverte de MST : syphilis ou hépatite B.
- Bilan pré nuptial.
- Don de sang ou greffe d'organe.
- Nouveau-né de mère séropositive.

5. Une patiente traitée pour une fièvre typhoïde confirmée depuis trois (03) jours par du Chloramphénicol, présente brutalement des douleurs abdominales et un arrêt des matières et des gaz. L'ASP montre une aérocolie diffuse et la NFS : GB = 2.900/mm³ (35 % de PNN), Hb = 9 gr/dl, Plq = 150.000/mm³. A quoi pensez-vous ?

- Syndrome abdominal pseudo perforatif sur fièvre typhoïde. Il est en rapport avec l'utilisation de dose massive de Chloramphénicol donc il faut commencer par dose progressive.

Cas clinique N°1 :

Un patient âgé de 35 ans, résidant à Djelfa, sans profession, consulte pour une fièvre non chiffrée, évoluant depuis 12 jours, accompagnée de sueurs nocturnes et de douleurs articulaires diffuses, avec apparition d'une tuméfaction scrotale droite.

*** A l'interrogatoire : on ne retrouve pas de notion de cas similaires et pas d'antécédents pathologiques particuliers**

*** A l'examen clinique :**

- EG conservé, sub-ictère conjonctival.

- T° = 38°5 C, FC = 100/mn, FR = 28/mn, et TA = 11/07 cmHg.

- Présence d'ADP cervicales et inguinales, indolores et fermes, de 1.5 cm de diamètre.

- Rate palpable sous le rebord costal.

- Débord hépatique.

- Testicule droit augmenté de volume, rouge et sensible.

*** Bilan pratiqué en urgence :**

- NFS : GB = 3.000/mm³ (40% de PNN), Hb = 11 gr/dl, Plq = 170.000/mm³.

- VS = 30/60.

- TGO = 165 UI/l, TGP = 190 UI/l, Bilirubine = 35 mg/l.

- Echographie abdominale : pas d'anomalies.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1er lieu ?

- Brucellose aigue avec localisation secondaire type scrotale.

b. Sur quels arguments ?

- Fièvre sudoro-algique.
- Etat général conservé.
- ADP cervicales et inguinales.
- Splénomégalie.
- Orchite.
- Leuco-neutropénie.
- Cytolyse hépatique : ↑ Transaminase.
- Bilirubine ↑.

c. Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour confirmer le diagnostic?

- Sérologie de Wright.
- IDR à la Militine.
- Coloration de Rose Bengale.

d. Quelle est votre CAT ?

- Recherche autre localisation secondaire → échographie.
- Antibiothérapie double, à bonne diffusion lymphatique et intracellulaire, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j pendant 45 jours.
- Surveillance clinique d'effet secondaire du traitement : Rifampicine.

Cas clinique n°2 :

Un adolescent de 15 ans, pesant 50 kg, sans antécédents pathologiques, est amené par ses parents aux urgences pour les symptômes suivants :

- Fièvre élevée associée à des frissons, apparue la veille au soir.

- Douleur vive localisée à la jambe gauche avec difficulté à la marche.

*** A l'examen clinique :**

- EG altéré, T° = 40°C, FC = 130/mn, FR = 32/mn, TA = 10/06 cmHg.

- Présence d'une paie suppurée au niveau du talon gauche.

- La jambe gauche est chaude, douloureuse à la mobilisation.

- La rate est palpable.

- Le reste de l'examen est sans particularités.

*** Bilan pratiqué en urgence :**

- NFS : GB = 18.000/mm³ (75% PNN), Hb = 10 gr/dl, Plq = 250.000/mm³.

- CRP +, VS = 55/80.

- Radiographie de la jambe : sans anomalies.

- Radiographie pulmonaire : présence de 2 foyers parenchymateux au poumon droit.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en 1er lieu ?

- Staphylococcémie à porte d'entrée cutanée et localisation secondaire osseuse et pulmonaire.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre + polypnée + tachycardie.
- EG altéré.
- Début progressif (la veille).
- Aspect inflammatoire de la jambe : rouge, chaude, douloureuse.
- Porte d'entrée : plaie suppurée au talon gauche.
- Hyperleucocytose à PNN.
- CRP (+) et VS ↑.
- Radiographie pulmonaire : 2 foyers parenchymateux.

c. Quel(s) examen(s) pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémocultures répétées, aux pics thermiques, avant toute antibiothérapie.
- Antibiogramme.
- Prélèvement de la porte d'entrée.
- Radiographie après 10 jours → retard à la clinique.

d. Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abord.
- Antalgique pour soulager la douleur.
- Double ATB bactéricide, synergique : Oxacilline + Gentamycine si germe SMS. Si non Vancomycine → SMR. Oxacilline 200 mg/kg/j en IVD (à dose 200 x 50 = 1 g/j), 4 x j, pendant 2 semaines puis relais à la 2ème semaine par Spiramycine per os 100 mg/kg/j = 5 g/j.
- Levée précoce + injection Lovenox/j.
- Rééducation articulaire.
- Radio de contrôle.

3ème Période 2011

1. Devant une éruption fébrile, chez un enfant de 06 ans. Quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur d'une rubéole ?

→ Anamnestiques :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination ou vaccination incorrecte.
- Période épidémique hivernale.

→ Cliniques :
- Incubation puis phase d'invasion marquée par des ADP occipitales et syndrome infectieux.
- Eruption faite d'éléments plus pâles et plus petits que le rougéole, elle est de type morbiliforme et même scarlatiforme au niveau des plis.
- Au 1er jour, elle commence au niveau du visage puis s'étend sans ordre ni symétrie.
- Elle est faite d'éléments maculo-papuleux et atteint son maximum au 2ème jour puis disparaît au 3ème jour.
- Fébricule à 38°C et splénomégalie.

2. Devant la survenue de troubles neurologiques, chez une personne infectée par le VIH, avec un taux de CD4 < 100/mm³. Citez trois (03) étiologies :

- Toxoplasmose cérébrale.
- Leucoencéphalite multifocale progressive (LEMP).
- Encéphalite subaigue à VIH.
- Cryptococcose neuroméningé.
- Polyradiculonévrite aigue inflammatoire ...

note

3. Quelle est votre conduite à tenir devant une plaie souillée de la jambe, secondaire à un accident de la voie publique ?

- Désinfection locale pour éviter la surinfection.
- Traitement local au Péni G.
- Risque de tétanos : évaluer selon le dernier rappel vaccinal si :
  * < 5 ans → Rein à faire.
  * Entre 5 et 10 ans → Rappel vaccinal seul.
  * Dernier rappel > 10 ans → Sérovacination car le risque est important (la plaie est souillée) : Sérum 40 unités/kg avec méthode Besredka.
- Vaccin.

4. Parmi les antibiotiques suivants, lesquels sont recommandés dans le traitement d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne : Gentamycine, Spiramycine, Chloramphénicol, Amoxicilline, Ofloxacine et Pénicilline G ?

- Spiramycine.
- Chloramphénicol.
- Ofloxacine.

5. Donnez la fiche thérapeutique d'un zona ophtalmique :

- Désinfection locale.
- Antalgique pour soulager la douleur.
- Il faut que le malade consulte chez un ophtalmologue pour localiser les lésions car si elles touchent le cornée ⇒ Cécité.

fréquemment sur terrain immunodéprimé.
- S'il est âgé ou il est ID (diabète….), on associe un traitement antiviral en IV.

Cas clinique n°1 :

Une femme âgée de 40 ans, habitant la campagne, consulte aux urgences pour fièvre évoluant depuis 10 jours environ.

*** A l'interrogatoire :**
- **Pas d'antécédents pathologiques notables.**
- **Une asthénie, anorexie, céphalées et constipation.**

*** A l'examen clinique :**
- **Etat général altéré.**
- **T° = 40°C, FC = 80/mn, FR = 25 c/mn, TA = 10/08 cmHg.**
- **Patiente très asthéniée, répondant très lentement aux questions.**
- **Abdomen distendu et sensible.**
- **Rate palpable sous le rebord costal.**

*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**
- **NFS : GB = 4.000/mm³ (40% PNN, 2% E, 58% Lym), Hb = 10 g/dl, Plq = 200.000/mm³**
- **VS = 30/50**
- **Téléthorax : normal**
- **ASP : aérocolie diffuse.**

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre à 40°C et FC = 80/min donc dissociation T°c/pouls.
- Asthénie.
- Anorexie.
- Céphalée.
- Constipation (presque il y a chevauchement

- Météorisme abdominal.
- Altération de l'état général.
- Leucocytes peuvent être normales (c'est le cas)

c. Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérodiagnostic de Widal et Félix.
- Hémoculture : avant toute antibiothérapie et aux pics thermiques.
- Coproculture sur selles fraiches du matin.

d. Quelle est votre conduite à tenir vis-à-vis de la patiente ?

- Hospitalisation et isolement du malade.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Un antibiotique à bonne diffusion lymphatique et à dose bactéricide en intercellulaire, c'est le Thiamphénicol à dose progressive, c'est-à-dire le 1er j → ¼ dose totale, J2 → ½ DT, J3 → ¾ DT, J4 → DT. Durée pendant toute la phase fébrile puis 2 semaines après apyrexie.
- Surveillance : FNS/ semaine (effet II du traitement).
- Recherche des complications à type :
  * Syndrome pseudoperforatif par ASP
  * Echographie cardiaque pour myocardite typhique.
- Il faut rechercher la source de la maladie et la traiter (maladie à transmission hydrique).
- Il faut informer tous les secteurs, exemples : les boulangeries.

Cas clinique n°2 :

Un enfant âgé de 10 ans, pesant 40 kg, est amené aux urgences par ses parents pour convulsions fébriles apparues le jour même.

*** A l'interrogatoire :**
- **Antécédents de rhinorrhée chronique.**
- **Céphalées intenses et vomissements répétés.**
- **Malaise général.**

*** A l'examen clinique :**
- **Etat général altéré.**
- **T° = 40°C, FC = 130/mn, TA = 09/06 cm Hg.**
- **Score 10/15 à l'échelle de Glasgow.**
- **Agitation.**
- **Flexion douloureuse de la nuque.**
- **Herpes nasolabial.**

*** Le bilan pratiqué en urgence :**
- **Ponction lombaire : LCR trouble (cytologie 2.500/mm³ PNA, Alb = 2 g/l, Glucose = 0,20 g/l. Glycémie = 1 g/l), examen direct négatif et culture en cours.**

a. Quelle est l'étiologie de cette méningite ?

- Méningite bactérienne aigue due au Streptococcus pneumoniae.

b. Quels sont vos arguments ?

- Altération de l'état général.
- Troubles neurologiques à type : convulsion.
- Atteinte ORL : rhinorrhée.
- Syndrome méningé fonctionnel : céphalée + fièvre et vomissement.
- Syndrome méningé physique = raideur de la nuque.
- PL : riche en PN altéré + hypoglucorachie et hyperalbuminorachie.

c. Quelle est votre conduite à tenir ?

- Hospitalisation.
- Traitement anticonvulsivant.
- Il a un Glasgow 10/15 ⇒ Sonde vésicale, Scope (FC, FR…), Oxygénothérapie, Sonde nasogastrique.
- Antibiothérapie : Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD (dose = 8 g/j), 4 x j, pendant 15 à 21 jours. Si allergie : Hémisuccinate de Chloramphénicol à dose 100 mg/kg/j en IVD (= 4 g/j), 4 x j, pendant 3 semaines.
- Surveillance clinique.
- Traitement la porte d'entrée : ORL.
- Refaire une PL à la sortie pour déclarer la guérison [PL (-)].
- De mieux faire antibiogramme pour détecter des résistances qui obligent à traiter par C3G.
- Rééquilibre hydro-électrolytique car il y a vomissements répétés.
- Traitement anticonvulsivant.

d. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous après guérison ?

- M. à Pneumocoque est reconnue par la récidive donc il faut traiter de la porte d'entrée.
- Faire le trajet isotopique du LCR pour reconnaître l'origine de la rhinorhée (fracture de la lame criblée de l'éthmoïde).
- Faire un bilan ORL.
- Radiographie du crâne et des sinus.
- Electrophorèse des protéines (déficit immunitaire) : ↘ des gammaglobulines.

4ème Période 2011

1. Citez trois (03) situations cliniques pour lesquelles vous deveez pratiquer des hémocultures :

- Septicémie à BGN, staphylococcémie.
- Fièvre typhoïde.
- Endocardite infectieuse.

2. Citer quatre (04) éléments cliniques distinctifs entre la PAA et syndrome de Guillain Barré ?

→ PAA :
- Début brutal.
- Atteinte proximale.
- Dissociation albumine /cytologie tardive.
- Asymétrie.

→ Syndrome de Guillain Barrée :
- Début progressif.
- Atteinte distale.
- Dissociation précoce.
- Atteinte symétrique.

3. Devant une toux spasmodique chez un enfant de 03 ans, quels sont les arguments épidémiologiques et cliniques en faveur d'une coqueluche ?

→ Epidémiologique :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination ou incorrecte.

→ Clinique :
- Début brutal avec signes d'infection respiratoire banale : fièvre + Rhinite.
- Toux évoluant en paroxysmes et quintes en chant de coq.
- Expectoration faite de mucosité transparente.
- Visage bouffi, cyanosé.
- Injection conjonctivale.
- Purpura pétéchial du visage et cou.
- En dehors des quintes : l'examen clinique est strictement normal.

4. Citez trois (03) tableaux cliniques évocateurs d'une fièvre Q et précisez l'agent responsable :

L'agent : Richettsia burnetti = Coxiella burnetti

Le tableau clinique :
- Hépatite fébrile.
- Pneumopathie fébrile.
- Fièvre prolongé et isolée.

5. Quelles sont les modalités de la transmission du VIH de la mère à son enfant ? Et comment la prévenir ?

- Verticale : la césarienne, allaitement artificiel, traitement de mère séropositive.
- Sanguine : matériel à usage unique, ports des gants.
- Sexuelle : préservatifs, fidélité conjugale, abstinence pour séropositive.

Cas clinique N°1 :

Un patient âgé de 65 ans, suivi pour DNID bien équilibré, consulte aux urgences pour impotence fonctionnelle fébrile évoluant depuis 48 heures.

*** A l'interrogatoire : on note l'apparition brutale de la douleur à la jambe gauche.**

*** A l'examen clinique :**
- **Etat général conservé.**
- **T° = 40°C, FC = 120 pul/mn, TA = 12/8 cmHg, FR = 26 cyc/mn.**
- **Présence d'un intertrigo localisé au 4ème espace interdigital du pied gauche.**
- **La jambe gauche est augmentée de volume, rouge, chaude et douloureuse à la palpation.**
- **Le reste de l'examen clinique est sans particularité.**

*** Bilan pratiqué en urgence :**
- **NFS : GB = 17.000 (80% PNN).**
- **CRP = 92 mg/l, Urée = 0,27 g/l, Glycémie = 1.32 g/l.**

a. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- Erysipèle du membre inférieur gauche, à porte d'entrée cutanée, dû au Streptococcus Bêta hémolytique du groupe A.

b. Quels sont vos arguments ?

- Etat général conservé.
- Porte d'entrée : intertrigo du 4ème espaces interdigital du pied gauche.
- Aspect inflammatoire de la jambe gauche : rouge, chaude, douloureuse.
- Fièvre + tachycardie + polypnée.
- Impotence fonctionnelle à début brutal.

c. Quelle autre étiologie devez-vous évoquer devant un tel tableau clinique ? Et quel examen para clinique permettra de la retenir ?

- Autre étiologie : Septicémie à Staphylocoque à localisation secondaire osseuse.
- Examen = hémocultures répétées à intervalle de 30 minutes, aux pic thermiques, avant toute antibiothérapie.

d. Rédigez la fiche thérapeutique de ce patient :

- Hospitalisation.
- Péni G à dose 10 à 20 M U/J en IVD pendant 15 jours.
- Traitement anticoagulant : une injection Lovenox /j.
- Levée précoce.
- Traitement de la porte d'entrée pour éviter la récidive.

Cas clinique N°2 :

Un nourrisson âgé de 04 mois, pesant 6 kg, né à terme, est amené par ses parents aux urgences pour difficultés respiratoires.

→ A l'interrogatoire :

- **Cas similaires dans l'entourage immédiat.**
- **Aucune vaccination reçue à ce jour.**

→ A l'examen clinique :

- **Etat général altéré, pâleur cutanéo-muqueuse.**
- **T° = 38°C, FR = 40 cyc/mn, FC = 40 pul/mn.**
- **ADP sous angulo-maxillaires.**
- **L'examen de la gorge : retrouve un enduit blanchâtre sur les piliers postérieurs et la luette.**
- **Radiographie pulmonaire faite en urgence est dans les limites de la normale.**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune en phase d'état.

b. Quel sont vos arguments ?

→ Interrogatoire :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination.

→ Clinique :
- Altération de l'état général.
- Polypnée + tachycardie.
- Pâleur.
- ADP sous angulo-maxillaires.
- Aspect de fausses membranes.

c. Quel examen complémentaire vous permet de confirmer le diagnostic ? et quel en est le germe responsable ?

- Examen : prélèvement de gorge
- Germe responsable : Corynebactérium diphtériae.

d. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation.
- Sérum 20.000 unités après test de Besredka.
- Vaccination en J1, J3, J15.
- Traitement antibiotique par Péni G 100.000 U/kg/j = 600.000 U/j. Si allergique : Erythromycine 50 mg/kg/j = 3 g/j pendant 10 jours.

5ème Période 2011

1. Devant un exanthème fébrile généralisé chez un enfant âgé de 10 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, quels sont les arguments cliniques et biologiques en faveur d'une scarlatine ?

→ Clinique : Angine streptococcique + éruption
- Le début brutal : exanthème + fièvre + adénopathie
- La phase d'état → signes généraux : oligurie foncée + fièvre à 39°C + vomissement et tachycardie.
- Exanthème s'effaçant à la vitro pression et épargne les faces palmo-plantaires, régresse après 6 jours avec desquamation des paumes des mains.
- Exanthème régresse après 6 jours.

→ Biologique :
- Signes d'hypersensibilité : éosinophilie et polynucléose neutrophile.

2. Rédiger la fiche thérapeutique d'un accès palustre simple à Plasmodium Vivax chez un adulte jeune :

- Sans vomissement : Chloroquine per os à dose 500 mg/j pendant 5 jours.
- Avec vomissement : Chloroquine en IM, 2 x j pendant 3 jours.
- Traitement symptomatique : transfusion plaquettaire.

3. Citez quatre (04) étiologies infectieuses d'une fièvre prolongée :

- Fièvre Q chronique.
- VIH.
- Endocardite infectieuse.
- Mononucléose infectieuse.

4. Devant une diarrhée aigue, quels sont les éléments anamnestiques et cliniques en faveur d'une salmonellose mineure ?

→ Anamnestiques :
- Notion de contage : cas similaires.
- Manque d'hygiène.

→ Cliniques :
- Fièvre.
- Vomissement peu abondant.
- Période d'incubation longue → 10 jours entre le début clinique fonctionnel et physique.
- Diarrhée liquide fétide.
- Douleur abdominale.

5. Un enfant âgé de 14 ans, présente après 03 jours de fièvre, une tuméfaction bilatérale et douloureuse des régions retro-mandibulaires.

a. Quel diagnostic évoquez-vous ?

- Parotidite ourlienne.

b. Quelles autres localisations que vous devez rechercher ?

- Méningite ou encéphalite.
- Orchite
- Pancréatite aigue.
- Glandes endocrines : ovarite, thyroïdite, mastite, prostatite, dacryoadénite.

Cas clinique N°1 :

Un jeune homme célibataire, âgé de 40 ans, présente depuis 3 semaines une toux sèche et dyspnée évoluant dans un contexte fébrile.

*** A l'interrogatoire :**

- **Un amaigrissement de 10 kg en un mois.**
- **Des épisodes de diarrhée.**

*** A l'examen clinique :**

- **Etat général médiocre.**
- **T° = 38°5 C, TA = 11/06 cmHg, FC = 100/mn, FR = 40 cycles/mn.**
- **Tirage sus sternal et intercostal.**
- **Cyanose des extrémités.**
- **Râles sous crépitants aux 2 bases pulmonaires.**
- **Candidose buccale étendue.**

*** Le bilan pratiqué en urgence :**
- Radiographie pulmonaire : opacités interstitielles diffuses aux 2 champs pulmonaires.
- Recherche de BK dans les crachats : négative.
- NFS : GB = 3.800/mm³ (3.100 de PNN et 300 de Lym), Hb = 10 g/dl, Plq = 120.000.

a. Quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu ?

- Pneumocystose sur infection au VIH.

b. Quels sont vos arguments ?

→ S. fonctionnels :
- Dyspnée.
- Toux sèche.
- Amaigrissement
- Diarrhée
→ S. physiques :
- Fièvre 38°5 C.
- Polypnée.
- Tirage + cyanose.
- Râles sous crépitants.
- Candidose buccale étendue.
→ Paracliniques :
- Radio : opacités interstitielles diffuses.
- BK (-).
- Anémie et leucopénie surtout lymphopénie.

c. Quels examens demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérologie VIH.
- Mise en évidence de Pneumocystis carinei dans le liquide broncho-alvéolaire.
- Gaz du sang : hypoxie et hypercapnie.

d. Quelle est votre CAT ?

- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Rechercher la source de contamination.
- Bactrim ® = Co-trimoxazole à dose 75 mg/kg/j en IV ou per os pendant 21 jours.
- Chimio-prophylaxie secondaire pour éviter les rechutes par 1 cp de Bactrim/j.

Cas clinique N°2 :

Un vétérinaire âgé de 35 ans, habitant à Boufarik, consulte pour fièvre évoluant depuis 4 jours, associés à des maux de tête et à des douleurs musculaires.
*** A l'examen clinique :**
- Un état général moyen.
- Une injection conjonctivale.
- Coloration jaunâtre des téguments et des urines rares et foncées.
- T° = 39°C, FC = 120/mn, FR = 25 cycles/mn, TA = 10/08 cmHg.
- Rate palpable sous le rebord costal.
*** Le bilan pratiqué en urgence :**
- NFS : GB = 12.000/mm³ dont 70% PNN, Hb = 11 g/dl, Plq = 80.000/mm³.
- Bilan hépatique : ALAT = 10 mg/l, ASAT = 11 mg/l, Bilirubine = 80 mg/l.
- Urée sanguine = 1,90 g/l, Créatinémie = 27 mg/l.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Leptospirose ictéro-hémorragique.

b. Quels examens complémentaires pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Diagnostic de certitude = mise en évidence de leptospires dans le sang ou LCR.
- NFS : hyperleucocytose à PNN + anémie et thrombopénie.
- Bilan rénal : hyperazotémie + albuminurie.

c. Quelle est votre CAT ?

- Hospitalisation.
- Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 10 à 15 jours.
- Dialyse (↑ Créatinémie et Urée).
- Transfusion plaquettaire (Plaq = 80.000).
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Dératisation.

6ème Période 2011

1. Un enfant âgé de 12 ans consulte pour morsure de la face par un chien errant. Quelle est votre CAT ? (5pts)

2. Une jeune femme âgée de 27 ans, consulte dans un tableau associant :
T°38-39°C, céphalées, vomissement et strabisme convergent bilatéral.
La TDM cérébrale montre 2 images rondes rehaussées par l'injection du produit de contraste de siège temporoparieta droit.
a/ Quels sont les arguments à rechercher pour poser le diagnostic de toxoplasmose cérébrale ?
b/ Quel traitement d'attaque préconisez-vous ?(4pts)

3. Devant une éruption cutanée localisée au niveau du thorax, quels sont les éléments anamnestiques et cliniques qui plaident en faveur d'un zona ? (3pts)

4. Devant une paralysie flasque aigue d'un membre chez un enfant, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques qui plaident en faveur d'une PAA ? (5pts)

5. Citez 3 complications de la rougeole.(3pts)

Cas clinique N°1

Un écolier âgé de 10 ans pesant 30 kg, originaire d'Alger, sans antécédents pathologiques particuliers, correctement vacciné, est amené aux urgences pour fièvre élevée, associée à des céphalées intenses évoluant depuis 48 heures; il a reçu une antibiothérapie per os à base d'amoxil à raison de 100 mg/kg/l
A l'examen clinique :
- Enfant prostré, scoré à 12/15 de l'échelle de Glasgow.
- T°40°C-FC130 pul/mn-FR 26 cyc/mn –TA 09/06 cmhg.
- Limitation douloureuse de la flexion de la tête.
- Quelques éléments cutanés siégeant aux membres inférieurs, rouges et ne s'effaçant pas à la vitro pression.
- Absence de signes neurologiques en foyer. Le reste de l'examen est sans particularité.
L'étude du LCR après PL : Aspect clair, Alb :1 gr/l, Glu :0.20 g/l, 850 éléments/mm3 :PNA, PNNA, Lym Examen direct négatif.

a/ Quel diagnostic devez-vous évoquez en premier lieu ?
b/ Quels sont vos arguments et quels autres signes cliniques évocateurs devez-vous rechercher ?
c/ Quel(s) examen(s) complémentaire(s) permettront de confirmer votre diagnostic ?
d/ Quelle est votre CAT ?

Cas clinique N°2

Une patients âgée de 42 ans suivie pour RCUH depuis 3 ans sous corticoïdes et immunosuppresseurs, elle présente depuis 3 jours brutalement frissons et fièvre, suivis de diarrhées.

A l'examen clinique

- EG altéré ; T°39.5°C, FC 120/mn, FR 32 cyc/mn, TA 11/07 cmhg.
- Rate papable sous le rebord costal.
- Coloration jaunâtre des muqueuses conjonctivales.
- Diurèse : 15 ml/heure.

Bilan pratiqué en urgence :

- NFS : 1500 GB/mm3 dont 65% de PNN, plq : 150 000 /mm3 ; Hb 15 gr/dl
- Urée : 0.70 gr/l, créatine : 16 mg/l, ALAT 80UI/l, ASAT 11 UI/l
- Radiographie pulmonaire normale.

a/ Quel diagnostic devez-vous évoquez en premier lieu ?
b/ Quels sont vos arguments ?
c/ Quel(s) examen(s) complémentaire(s) permettront de confirmer votre diagnostic ?
d/ Quelle est votre CAT ?

Rattrapage 2011

1. Devant une fièvre avec leuco-neutropénie, quels sont les arguments épidémiologiques, cliniques et biologiques en faveurs du diagnostic de brucellose aigue septicémique ?

2. rédigez l'ordonnance d'un adulte jeune se rendant en zone d'endémie palustre Classée III

3. Un enfant âgé de 07 ans est atteint d'une méningite à pneumocoque. L'antibiogramme du germe isolé donne les résultats suivants : Pénicilline-R, Ampicilline-R, Erythromycine-R, Chloramphénicol-S, Gentamycine-R, Vancomycine-S, Fosfomycine-S . Quel(s) antibiotique(s) prescrivez-vous à cet enfant ?

4. Quels sont les caractères distincts cliniques entre une TIA à salmonelles mineurs et TIA à staphylocoque ?

5. un jardinier de 60 ans, sans antécédent pathologique particulier, consulte pour difficulté à ouvrir la bouche. A l'examen clinique :

- Etat général conservé, TA 14/08 cmhg ; FC 70/mn ; FR 24/mn.
- Limitation de l'ouverture de la bouche et le reste de l'examen est sans particularité.

a- Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?
b- Citez 02 autres étiologies

Cas clinique N°1

Un enfant âgé de 09 ans et pesant 30 kg, est amené par ses parents aux urgences pour une fièvre apparue la veille associée à des frissons et une douleur de la jambe droite.

A l'interrogatoire :

- Absence de cas similaire et absence de tout antécédent pathologique.
- Présence d'une plaie suppurée du mollet droit remontant à 3 jours.

A l'examen clinique :

- Eta général altéré.
- T°40°C; FC 130/mn; FR 30/mn; TA 10/06 cmhg
- Douleur tout autour du 1/3inférieur de la jambe droite avec œdème et rougeur.
- Tirage sus sternal et battement des ailes du nez

Le bilan pratiqué en urgence montre :

- NFS : GB :22000/mm3 ;80%PN ;Hb=10g/dl ; Plq=170 000/mm3.
- Radiographie de la jambe droite est sans anomalies.
- Téléthorax : image bulleuse du lobe supérieur droit avec épanchement pleural de petite abondance controlatéral.

a/ Quel diagnostic devez-vous évoquez en premier lieu ?
b/ Quels sont vos arguments ?
c/ Quels examens pratiquez-vous pour confirmer votre diagnostic ?
d/ Quelle est votre CAT ?

Cas clinque N°2

Un jeune de 14 ans pesant 40 kg et habitant Bechar, se présente aux urgences pour difficultés à avaler asthénie depuis 05 jours.

A l'interrogatoire :

- Absence d'antécédents médico-chirurgicaux.
- Statut vaccinal indéterminé.

A l'examen clinique :

- Enfant fatigué et pale.
- T°38°C ; FC 110 /mn ; FR 22/mn ; TA 09/06 cmhg.
- Amygdales tuméfiées, rouges, recouvertes d'un enduit blanchâtre.
- Adénopathies sous angulo-amxillaires bilatérales et sensibles.
- Ecoulement nasal bilatéral.

a/ Quel diagnostic devez-vous évoquez en premier lieu ?
b/ Quels sont vos arguments ?
c/ Quelle est votre CAT ?
d/ Que faites-vous pour les sujets contacts ?

1ère période 2010

1. Devant une méningite aigüe chez un enfant de 07 ans, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques en faveur d'une étiologie ourlienne ?

→ Arguments anamnestiques :
- Notion de contage, cas similaire dans la crèche.
- Absence de vaccination (ROR) ou vaccin incorrect.

→ Arguments cliniques :
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque + signes de Brudzenski et Kernig.

Parotidite = douleur rétro-mandibulaire provoquée par la mastication ou spontanée.
- Syndrome méningé fonctionnel : vomissement, fièvre et céphalée en casque.
- Tuméfaction parotidienne et visage pyriforme.

→ Arguments biologiques :
- Amylasémie et amylasurie ↗.
- PCR du LCR → virus ourlien paramyxovirus.
- Ponction lombaire : LCR clair riche en lymphocytes + normoglucorachie et albuminorachie entre 0.5 et 1 g/l.

2. Devant une éruption cutanée localisée au niveau du thorax chez un sujet âgé de 57 ans, quels sont les éléments cliniques qui plaident en faveur d'un zona ?

- Syndrome douloureux : permanent avec des paroxysmes unilatéraux, de siège radiculaire localisé.
- Syndrome infectieux modéré : fièvre à 38°C et adénopathie satellite.
- Eruption cutanée : au début, une plaque érythémateuse puis apparition de vésicules qui se dessèchent en croûtes qui tombent donnant des cicatrices avec des séquelles de type : anesthésie ou douleur sur ces tâches achromiques. Guérison en 2 à 3 semaines.

3. Rédigez la fiche thérapeutique d'un accès palustre à plasmodium vivax chez un adulte de 47 ans pesant 70 kg :

- Avec vomissement : Chloroquine en IM, 2 x j, en 3 jours. Si enfant < 5 ans → Quinine.
- Sans vomissement : Chloroquine per os à dose de 500 mg/j pour adulte, à dose de 10 mg/kg/j chez enfant, 1 x j, pendant 5 jours.

4. Un patient âgé de 26 ans, originaire de Djelfa, présente une fièvre évoluant depuis 11 jours avec une splénomégalie de type I. Le bilan pratiqué montre les résultats suivants :
- Hémocultures en cours
- NFS : GR à 4,4 millions /mm3, GB à 3800/mm3 avec 40% de PNN, Hb à 11 gr/dl.
- Sèrodiagnostic de Wright : 1/20
- Sèrodiagnostic de Widal :

TO = 1/400, TH = 1/200

*** AO = 1/100, AH = 1/100**
*** BO = 1/100, BH = 1/100**
Quel est votre diagnostic ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire due au Salmonelle typhii.

5. Citez les différentes classes de médicaments antirétroviraux et donnez pour chacune d'entre elles au moins une molécule :

- I(-) nucléosidiques de Transcriptase inverse → ex : Zidovudine.
- I(-) non nucléosidiques de Transcriptase inverse → ex : Navirapine
- Anti-protéases → ex : Saquinavir.

Cas clinique N°1 :

Un patient âgé de 31 ans, sans antécédents médicochirurgicaux, résidant à M'sila, enseignant, consulte pour une fièvre évoluant depuis 18 jours, accompagnée de sueurs et de douleurs articulaires diffuses, avec apparition d'une tuméfaction scrotale gauche.
*** A l'examen clinique :**
- EG conservé,
- T° = 38°7 C, FC = 100/mn, FR = 28/mn, TA = 10/07 cmHg.
- Adénopathies cervicales et axillaires,
- Rate palpable sous le rebord costal,
- Débord hépatique,

- Testicule gauche augmenté de volume, sensible, avec un scrotum oedématié.
*** Bilan pratiqué aux urgences :**
- NFS : GB =3.100/mm3 dont 40% de PNN, Hb = 11 gr/dl, Plaquettes = 170.000/mm3
- TGO = 165 UI/l, TGP = 190 UI/l.
- Télé thorax sans particularités.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Brucellose septicémique à localisations secondaires : scrotale et hépatique, forme aigue.

b. Sur quels arguments ?

→ Signes fonctionnels :
- EG conservé.
- Fièvre.
- Sueurs.
- Syndrome algique : arthralgie.

→ Signes physiques :
- Orchite.
- Adénopathie.

→ Biologie :
- Leuco-neutropénie.
- ↗ cytolyse hépatique.

c. Quels examens complémentaires devez-vous pratiquer pour confirmer le diagnostic ?

- Sérologie de Wright → (+) 18 jours.
- Coloration de Rose Bengale.
- IDR à la militine → (-).

d. Quelle est votre conduite thérapeutique ?

- Rechercher d'autres localisations secondaires : Cardiaque : échographie, Osseuse → radiographie rachis.
- Traitement antibiotique double, à bonne diffusion cellulaire et lymphatique, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j, pendant 45 jours.
- Surveillance clinique → effets secondaires des médicaments.

Cas clinique N°2 :

Samir, âgé de 14 ans, pesant 45 kg et habitant à Tiaret, se présente à votre consultation pour difficulté à avaler avec fièvre depuis 03 jours.
*** A l'interrogatoire :**
- Statut vaccinal difficile à préciser,
- Aucun antécédent médicochirurgical.
*** A l'examen clinique :**
- Patient fatigué et pâle,
- T° = 38°C, FC = 105/mn, FR = 24/mn, TA = 09.5/05 cm Hg
- Amygdales tuméfiées rouges, recouvertes d'un enduit blanchâtre, ne se décollant pas facilement,
- Adénopathies sous angulo-maxillaires bilatérales et sensibles,
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse :
- Statut vaccinal difficile à préciser avec âge de 14 ans.
- Fièvre à 38°C.
- Aspect des amygdales à fausses membranes.
- Adénopathies satellites.
- Tachycardie et pâleur + hypotension artérielle.

c. Quelle est votre conduite à tenir vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation.
- Isolement et déclaration obligatoire.
- Prélèvement de gorge.
- Sérothérapie : 45000 unités avec le test de Besredka.
- Vaccination en J1, J3, J15.
- Traitement antibiotique à base de Péni G 100.000 U/kg/j → 4.5 M U/j pendant 10 jours. Si allergie → Erythromycine

2ème Période 2010

1. Devant un exanthème fébrile chez un adolescent de 16 ans, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques qui permettent d'évoquer une fièvre boutonneuse méditerranéenne ?

→ Arguments anamnestiques :
- Notion de séjour en zone méditerranéenne.
- Période d'été : entre Avril et Novembre.

→ Arguments cliniques :
- Fièvre + syndrome algique : myalgie et arthralgie.
- Tâche noire de Pieri, indolore, souvent de siège axillaire, parfois remplacée par conjonctivite.
- Eruption maculo-papuleuse parfois prurigineuse → Aspect de peau de léopards.

2. Devant un sujet fébrile présentant un herpès naso-labial, citez 04 (quatre) étiologies infectieuses pouvant être à l'origine de cette lésion :

- PFLA.
- Paludisme en primo invasion.
- Méningite à Méningocoque.
- Leptospirose en phase pré-ictérique.

3. Vous êtes devant un syndrome méningé fébrile chez un enfant de 10 ans. La PL retire un LCR clair contenant 03 éléments lymphocytaires /mm³, une albuminorachie à 0,30 g/l, une glucorachie à 0,45 g/l pour une glycémie à 1 g/l. A quoi pensez-vous ?

- A un méningisme fébrile, exemple : virose, typhoïde.

4. Citez 04 (quatre) situations imposant un dépistage de l'infection à VIH / SIDA.

- Nouveau-né d'une mère séropositive VIH.
- Découverte d'une MST comme la syphilis, hépatite B.
- Bilan prénuptial.
- Accidents d'exposition au sang ou don de sang.

5. Quelle est votre CAT devant une morsure de chien localisée à la face chez une patiente âgée de 42 ans, et pesant 60 kg ?

- Vaccination immédiate avant de déclarer la maladie.
- Soins locaux : désinfecter la plaie à l'eau de javel efficace et ne pas suturer la plaie.
- Apprécier le risque de contamination par l'animal : isoler pendant 2 semaines et libérer 3 certificats : J0, J7, J14

→ Si l'animal ne meurt pas ⇒ il n'est pas enragé.
→ S'il meurt ⇒ abattre la tête et l'envoyer à l'anapath.
- Puisque la morsure touche la face ⇒ elle est grave donc traitement : Sérovaccination : sérum : dose 40 u/kg = 2400 unités avec méthode de Besredka : 0.1 ml → (15min) pas d'allergie → 0.25 ml → (15 min) pas d'allergie → on injecte la dose totale en deux endroits différents : ½ en SC et ½ autour de la plaie.
- Vaccin : 7 injections : J0 à J6 + 4 rappels en intra dermique J10, J14, J29 et J89.

Cas clinique N°1 :

Une fillette âgée de 11 ans, pesant 40 kg, est amenée aux urgences pour fièvre accompagnée de frissons, céphalées, toux et douleur basithoracique gauche, évoluant depuis 24 heures.

A l'interrogatoire :
- **Aucune notion de contage**
- **Aucun antécédent médicochirurgical**
- **Vaccination correcte.**

A l'examen clinique :
- **Etat général assez bien conservé.**
- **T° = 40°C, FC = 130/mn, FR = 36/mn,, TA = 100/60 mm Hg**
- **Flexion de la nuque limitée.**
- **A l'examen pleuro-pulmonaire : vibrations vocales augmentées et râles crépitants au niveau de la base gauche**
- **Le reste de l'examen clinique est sans particularité.**

Les examens complémentaires demandés en urgence montrent :
- **PL : LCR clair, contenant 06 éléments lymphocytaires /mm3, albuminorachie à 0,30 g/l**
- **Téléthorax de face : opacité dense, homogène, à limites nettes, occupant le 1/3 inférieur de la base gauche.**

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Pneumonie franche lobaire aigue due à Streptococus pneumoniae

b. Quels sont vos arguments ?

→ Signes fonctionnels :
- Fièvre + frisson.
- Céphalée.
- Douleurs basithoracique.

→ Signes physiques :
- Syndrome méningé : raideur de la nuque avec PL normale ⇒ méningisme
- Polypnée.
- ↗ des vibrations vocales et râles cripitants.

→ Radio du thorax : opacité homogène du 1/3 inférieur de la base gauche.

c. Rédigez la fiche thérapeutique de cette patiente :

- Amoxicilline 3 g/j, 4 x j, pendant 10 jours.

Cas clinique N°2 :

Un patient âgé de 30 ans, sans antécédent pathologique, consulte dans le cadre de l'urgence pour diarrhée profuse à début brutal, accompagnée de vomissements et de douleurs musculaires.

A l'interrogatoire, on retrouve la notion de cas similaires dans son village d'origine.

A l'examen clinique :
- **Un état général altéré.**
- **T° = 36°5 C, FC = 120/mn, FR = 30/mn, TA = 80/50 mm Hg.**
- **Pli cutané, langue sèche, oligurie.**
- **Le reste de l'examen clinique est sans particularité.**

Le bilan pratiqué en urgence montre :
- **Glycémie à 0,80 g/l.**
- **Créatinémie à 14 mg/l.**
- **Ionogramme sanguin : Na+ à 125 mEq/l, K+ à 03 mEq/l.**

a. Quel diagnostic devez vous évoquer en premier lieu et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Choléra en phase d'état.

→ Arguments :
* Anamnèse : notion de contage et cas similaires.
* Clinique :
- Altération de l'état général.
- Syndrome algique : myalgies.
- Le début brutal + vomissement + TA ↘ (8/5).
- Déshydratation : pli cutané, langue sèche, oligurie.
- Absence de fièvre 36°5 C.

→ Biologie : HypoK⁺, hypoNa⁺, ↗ Créatinémie.

b. Quel examen complémentaire pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic : nature du prélèvement et le milieu de culture ?

- Coproculture → Prélèvement des selles fraiches le matin, à quantité suffisante et conservé pendant maximum 2 heures à +4°C pour culture sur milieu EPAH : Eau Peptonnée Alcaline Hypersalée.

c. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation et isolement.
- Bilan de déshydratation : diurèse, poids.
- Schéma de réhydratation : on commence par voie parentérale en IV : perfusion de solution de Ringer lactate : 1 litre pendant 10 minutes, ensuite 2 litres pendant 20 min, le reste du volume perdu en 5 à 6 heures. Puis, on refait le bilan de déshydratation = passage à forme modérée ⇒ on passe à la voie orale : on demande au malade de boire pendant 24 h à volonté puis on refait le bilan de déshydratation.
- Antibiothérapie : Doxycycline 2 g/j per os, 3 à 5 jours.
- Chimio-prophylaxie de l'entourage : Sulfadoxine → en IV : 1.5 g/j ou en per os : 3 cp à 500 mg/j.
- En cas d'indisponibilité de solution Ringer lactate : on forme un cocktail : 2/3 SSI + 1/3 SBI + KCl.
- Surveillance clinique : diurèse, poids, examen cutanéo-muqueux.

4ème Période 2010

1. Vous êtes devant un enfant âgé de 07 ans, atteint d'une méningite à pneumocoque. L'antibiogramme du germe isolé donne les résultats suivants : Pénicilline-R, Ampicilline-R, Cefotaxime-S, Erythromycine-R, Chloramphénicol-S, Gentamycine-R, Vancomycine-S. Quel(s) antibiotique(s) prescrivez-vous à cet enfant ?

- Traitement : Cefotaxime.
* S'il y a des signes de gravité : on donne Cefotaxime + Vancomycine
* Si allergie → Chloramphénicol.

2. Devant une paralysie aigue d'un membre apparue chez un enfant âgé de 05 ans, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques qui plaident en faveur d'une poliomyélite antérieure aigue ?

→ Anamnestiques :
- Notion de contage.
- Absence de vaccination ou incorrecte.

→ Clinique :
- Le début brutal : syndrome pseudogrippal avec troubles digestifs (vomissement, diarrhée).
* Syndrome méningé physique et fonctionnel.
* Fièvre.
- A la phase d'état :
* Disparition de la fièvre sauf la forme respiratoire avec paralysie proximale des racines des membres, asymétrique et anarchique.
* Hypotonie flasque brutale.

3. Une jeune femme âgée de 33 ans, séropositive pour le VIH, est hospitalisée dans un tableau associant : fièvre à 38°5 C, dyspnée à type de polypnée, et au téléthorax, des images interstitielles bilatérales. Bilan pratiqué en urgence : NFS : GB = 2.500/mm^3 dont 15% de lymphocytes, un taux de CD4 = 150/mm^3. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Pneumocytose pulmonaire sur infection à VIH.

4. Rédigez la fiche thérapeutique d'une angine diphtérique commune chez une fillette de 04 ans, pesant 20 kg :

1- Hospitalisation.
2- Sérum à dose 1000 U/kg = 20.000 unités après test de Besredka 0.1 ml en IM, 15 min après → 0.25 ml, 15 min après → on injecte la dose totale en deux endroits différents : la ½ en IM deltoïde et ½ en SC.
3- Vaccination → J0, J3, J15.
4- Repos strict si myocardite.
5- Trachéotomie, intubation ou corticothérapie si encombrement bronchique.
6- Isoler le malade.
7- A la fin de traitement : faire 2 prélèvements de gorge à 48h de temps.
8- Déclaration obligatoire de la maladie.
9- Eviction de la crèche.

5. Citez quatre (04) complications de la varicelle :

1- Cutanéo-muqueuse à type de surinfection par Staphylocoque ou Streptocoque.
2- Encéphalitique : ataxie cérébelleuse : trouble de la marche et des mouvements avec hypotonie.
3- Laryngite et kératite.
4- Pneumopathie virale.

Cas clinique n°1 :
Un patient âgé de 65 ans, demeurant à Alger, consulte pour fièvre non chiffrée évoluant depuis 48 heures, accompagnée de frissons et d'une douleur lombaire gauche.
A l'interrogatoire, on retrouve une notion d'adénome de prostate.
A l'examen clinique :
- Etat général altéré
- T° = 39°5 C, FC = 130/mn, FR = 30/mn, TA = 11/07 cm Hg
- Coloration jaunâtre des conjonctives
- Rate palpable sous le rebord costal
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités.
Le bilan pratiqué en urgence montre :
- NFS : GB à 15.000/mm3 (80% PN, 2% E, 1% B, 1% M, 16% L), Hb = 10 g/dl, Plaquettes à 150.000/mm3
- Bilan hépatique : TGO = 165 UI/l, TGP = 60 UI/l, Bilirubine totale = 27 mg/l.
- Bilan rénal : Urée sanguine = 0,65 g/l, Créatinémie= 16 mg/l
- Chimie des urines : Protéines +, Sang +, Nitrites +, Leucocyturie +.
- Echographie abdominopelvienne : dilatation modérée des cavités pyélocalicielles gauches.
- Téléthorax sans particularités.

a. Quel diagnostic évoquerez-vous en premier lieu ?

- Septicémie à BGN, à porte d'entre urinaire et localisations secondaires rénale et hépatique.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Interrogatoire :
- Fièvre brutale et frisson.
- Douleur lombaire gauche.
- Porte d'entrée : existence de l'adénome de la prostate (stase en amont → infection).

→ Clinique :
- Altération de l'état général.
- Ictère.
- Tachycardie et polypnée.
- Hyperventilation et splénomégalie.

→ Biologie :
- Hyperleucocytose.
- Thrombopénie.
- Anémie.
- Hyperbilirubinémie.
- Cytolyse hépatique (↑ Transaminase).
- Insuffisance rénale au début.
- Présence de Nitrites : substrat de BGN.

c. Quels examens complémentaires demanderez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémoculture avant toute antibiothérapie.
- ECBU.
- Echographie rénale.

d. Quelle est votre conduite à tenir ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Antibiotique : Céfotaxime dose 8 g/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines + Gentamycine 80 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours. Si allergie : Fluoroquinolone.
- Surveillance clinique.

e. Que doit-on craindre chez ce patient ?

On doit craindre :
- Le choc septique.
- Les récidives et localisations secondaires.

Cas clinique n°2 :
Une lycéenne âgée de 17 ans, pesant 50 kg, originaire de Médéa, sans antécédent médico-chirurgical, consulte aux urgences pour maux de tête apparus la veille, associés à des vomissements et à de la fièvre.
A l'examen clinique, on retrouve :
- Patiente prostrée, mais consciente, scorée à 12 Glasgow.
- T° = 39°C, FC = 110/mn , FR= 26/mn , TA = 11,5/07 cm Hg
- Gêne à la flexion de la nuque.
-Présence d'éléments cutanés de couleur rouge vif, ne s'effaçant pas à la vitro-pression, localisés aux membres inférieurs.
- L'examen neurologique est sans particularité.
- Le reste de l'examen clinique est normal.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Méningite aigue bactérienne due au Méningocoque.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse :
- Syndrome méningé fonctionnel : céphalée, vomissement, fièvre.

→ Clinique :
- Conscience conservée
- Absence de trouble neurologique.
- Purpura localisé.
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque.

c. Quels autres signes cliniques à rechercher pour étayer votre diagnostic ?

- Herpes naso-labial.
- Arthralgie.
- Splénomégalie.
- Rash morbiliforme.

d. Quel est l'examen complémentaire qui vous permet de confirmer le diagnostic ? Et quels en sont les résultats ?

- Hémoculture (+) → diplocoque gram (-) en grain de café : Neisseria méningitidis.
- Ponction lombaire : LCR purulent avec hyper albumine et hypoglucorachie + Présence de PN altéré

e. Quel traitement spécifique prescrivez-vous chez-elle ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- ATB : Péni A, de préférence on commence par Ampicilline 8 g/j en IVD, 4 x j, pendant 5 jours, puis relais Amoxicilline per os pendant 5 jours.

Durée totale 10 jours.

Si allergie : Thiamphénicol 5 g/j en IVD, 4 x j, pendant 5 jours, puis relais per os pendant 5 jours.

- Surveillance clinique.
- Vaccination s'il s'agit de sérotype A, C et W135.

5ème Période 2010

1. Devant une méningite à liquide clair, quels sont les arguments anamnestiques et cliniques en faveur d'une leptospirose ?

→ Arguments anamnestiques :
- Notion de léchage de chien ou morsure de rat.
- Profession exposante : égoutier, plombier.

→ Arguments cliniques :
- Syndrome infectieux : Fièvre + Syndrome algique + AEG.
- Syndrome ictérique : urines foncées, selles claires.
- Syndrome hémorragique : épistaxis.
- Syndrome rénal : oligurie, hématurie microscopique.
- Syndrome méningé : PL clair lymphocytaire.

2. Citez quatre (04) antibiotiques utilisés dans le traitement curatif dé la brucellose septicémique :

- Cycline.
- Rifampicine.
- Co-trimoxazole.
- Gentamycine.

3. Rédigez la fiche thérapeutique d'un patient âgé de 35 ans, victime d'une morsure unique superficielle du mollet droit par un chien errant en fuite :

Vaccination seule :
- 7 injections : J0, J1, J2, J3, J4, J5, J6 en sous cutané
+ 4 rappels : J10, J14, J29, J89 en intra dermique.

4. Citez trois (03) indications de la trithérapie antirétrovirale :

- Primo-infection symptomatique.
- CD4 < 200.
- Charge virale↗↗.

5. Décrivez le tableau clinique de la scarlatine à la phase d'état :

a. Exanthème :
Aspect sans intervalle de peau saine, peau sèche et granité en léopard.
b. Enanthème :
Angine streptococcique, langue en V rouge et triangle blanche.
c. Signes généraux :
Urines foncées et fièvre à 40°C.

Cas clinique N°1 :

Un lycéen âgé de 16 ans, habitant Alger, consulte aux urgences pour maux de tête intenses apparues il y a quelques heures, accompagnés de vomissements.
A l'interrogatoire :
- **Statut vaccinal correct pour l'âge.**
- **Suivi en Hématologie pour drépanocytose depuis son enfance.**
- **La famille rapporte un épisode de convulsions généralisées.**

A l'examen clinique :
- **T° 40°C, FC 120/mn, FR 26 c/mn, TA 11/06 cm Hg**
- **Poids 60 kg pour une taille de 1m75.**
- **Patient prostré, confus, l'état général est altéré.**
- **La nuque est raide.**
- **Les ROT sont vifs et signe de BABINSKI bilatéral.**
- **Le reste de l'examen clinique est sans particularité.**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Méningite bactérienne aigue à Streptococcus pneumoniae.

b. Quels sont vos arguments ?

- Syndrome méningé physique : Raideur de la nuque.
- Syndrome méningé fonctionnel : fièvre + céphalée + vomissement.
- A l'anamnèse : terrain drépanocytaire + convulsion.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Ponction lombaire → LCR purulent à PN altéré.
- Hémoculture.

d. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

1- Hospitalisation.
2- Deux voies d'abords.
3- Traitement anticonvulsivant.
4- Rééquilibre hydro-électrolytique (vomissement).
5- Recherche de foyer ORL pour le traitement de la porte d'entrée.
6- Traitement antibiotique :
* Si examen direct (-) : Cloforan : Céfotaxime → 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 15 à 21 j.
* Si examen (+) : selon l'antibiogramme, Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, 15 à 21 j
* Si signes de gravité associés : on ajoute Vanconycine 40 mg/kg/j en IV, 4 x j.
* Si allergie : Chloramphénicol 100 mg/kg/j, 4 x j, pendant 15 à 21 j.
7- Faire une PL à la fin du traitement pour s'assurer de la guérison.
8- Surveillance clinique : examen neurologique, diurèse.

Cas clinique N°2 :

Une jeune femme âgée de 40 ans, originaire d'EL OUED, sans aucun antécédent médico-chirurgical, consulte pour fièvre apparue depuis 7 jours.
A l'interrogatoire :
- **Notion de cas similaires.**
- **La fièvre est associée à une asthénie, des maux de tête, perte d'appétit et douleurs abdominales.**

A l'examen clinique :
- **Etat général moyen, pâleur cutanéo-muqueuse chez une patiente qui répond avec lenteur aux questions.**
- **T° 40°C, FC 85/mn, FR 30 c/mn, TA 10/07 cm Hg**
- **L'abdomen est météorisé, sans défense ni contracture.**
- **La rate est palpable sous le rebord costal.**

Le bilan pratiqué en urgence révèle :
- **NFS : GB = 3.200/mm³ avec 52% de PN, Hb = 10 g/dl et les Plaquettes = 200.000/mm³.**
- **Téléthorax : sans anomalies.**
- **ASP : aérocolie.**

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Fièvre typhoïde au deuxième septénaire.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse : contage, asthénie, prostré, anorexie, douleur abdominale, céphalée.
→ Clinique : pâleur, abdomen météorisé, fièvre, splénomégalie, dissociation T°C/pouls.
→ Biologique : leucopénie et anémie légère.

c. Quel(s) bilan(s) pratiquez-vous pour confirmer le diagnostic ?

- Coproculture.
- Hémoculture.
- Sérodiagnostic de Widal et Felix.

d. Quelle est votre CAT ?

1- Hospitalisation.
2- Deux voies d'abord.
3- Transfusion sanguine.
4- Antibiothérapie : Thiamphénicol pendant toute la phase fébrile et arrêter après deux semaines d'apyrexie à dose progressive J1 → 1/4, J2 → ½, J3 → ¾ la dose total, J4 → dose totale qui est 2 g/j per os.
5- Surveillance : NFS/ semaine (hématotoxique) et observance du traitement.
6- Hygiène des mains.
7- Isoler le malade.
8- Coproculture à intervalle de 48 h pour confirmer la guérison.

1ère Période 2009

1. Rédigez l'ordonnance d'un sujet âgé de 35 ans et pesant 60 kg se rendant dans un pays d'endémie palustre classé zone 3 :

- Mefloquine 250 mg/semaine, 1 cp/ semaine pendant les 10 jours avant le départ + tout le séjour + après le retour jusqu'aux 3 semaines.

2. Quelle est votre CAT devant une plaie à risque tétanigène chez un jardinier âgé de 55 ans dont le dernier rappel DT remonte à 15 ans ?

- Désinfection de la plaie.
- Péni G comme traitement local pour éviter la surinfection.
- Dernier rappel remonté à 15 ans ⇒ Sérovaccination.

3. Un nourrisson âgé de 2 mois est ramené par ses parents pour une toux. Quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et biologiques qui plaident en faveur d'une coqueluche ?

→ Anamnèse :
- Age < 6 ans.
- Notion de contage.
- Absence de vaccination.

→ Clinique :
- Toux quinteuse en paroxysmes, précédée de syndrome grippal et signe d'infection respiratoire banale (rhinite, toux).
- Expectoration muqueuse transparente.

→ Biologie :
- NFS : hyperleucocytose pseudo-leucémique, parfois 30.000 à 50.000.

4. Un jeune fellah, âgé de 30 ans, origine de Djelfa, présente une fièvre évoluant depuis 12 jours avec une splénomégalie de type 1, le bilan pratiqué en première intention montre les résultats suivants :
i. Hémoculture en cours
ii. NFS : GB = 4.100/mm³ dont 70% de PNN, Hémoglobine = 11 g/dl
iii. Sérodiagnostic de Wright = 1/20
iv. Sérodiagnostic de Widal et Felix =
1. AO = 1/400 - AH = 1/200
2. TO = 1/100 - TH = 1/100
3. BO = 1/100 - BH = 1/100
Quel est votre diagnostic ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire due à la Salmonelle paratyphii A.

5. Vous êtes devant un enfant âgé de 06 ans, allergique aux Bêta lactamines, atteint d'une méningite cérébrospinale. L'antibiogramme du germe isolé donne les résultats suivants : Ampicilline = S, Amoxicilline = S, Céfotaxime = S, Erythromycine = S, Spiramycine = S, Chloramphénicol = S, Gentamycine = R. Quel antibiotique prescrivez-vous à cet enfant ?

- Antibiotique = Chloramphénicol.

Cas clinique N°1 :

Un employé d'abattoir âgé de 30 ans, habitant Frenda, consulte aux urgences pour fièvre d'installation brutale ave maux de tête, douleurs articulaires et musculaires évaluant depuis 05 jours. Il a saigné du nez 24 heures auparavant.
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré
- T° = 39°5 C, FC = 120/mn, FR = 32/mn, TA = 11/07 cm Hg
- Coloration jaunâtre des téguments et des muqueuses
- Herpès naso-labial
- Rate palpable sous le rebord costal
- Discrète raideur de la nuque
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités
*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**
- NFS : GB = 11.000/mm³ dont PN = 65%, Hémoglobine = 11 g/dl, Plaquettes = 100.000/mm³
- Bilirubine totale = 90 mg à prédominance de Bilirubine directe
- PL : LCR clair, normotendu, contenant 100 éléments/mm³, à prédominance lymphocytaire, albuminorachie à 0,80 g/l, et glycorachie à 0,50 g/l (Glycémie =1g/l)
Examen direct et latex : négatifs, culture en cours.

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Leptospirose ictéro-hémorragique sous forme méningite.

b. Quels sont vos arguments ?

- Profession : employé d'abattoir.
- Fièvre + céphalée.
- Syndrome algique : arthralgie + myalgie.
- Syndrome hémorragique : Epistaxis.
- Altération de l'état général.
- Syndrome ictérique.
- Méningite : raideur de la nuque et PL : LCR clair + hyperleucocytose + hyperalbuminorachie + glycorachie normale.

c. Quel(s) examen(s) pratiquez-vous ? Et qu'en attendez-vous ?

- Sérologie de Martin et Petit.
- Hémoculture : recherche de leptospires dans le sang.
- Bilan rénal.

d. Quel traitement préconisez-vous chez ce patient ?

- Hospitalisation
- Transfusion plaquettaire.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Dératisation.
- Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 15 jours. Si allergie : on utilise Cycline.
- Surveillance clinique.

Cas clinique N°2 :

Une femme âgée de 32 ans, originaire de Msila, consulte aux urgences pour fièvre d'installation brutale.
*** A l'interrogatoire :**
- Notion d'une valvulopathie rhumatismale diagnostiquée à l'âge de 8 ans
- Profession : ouvrière
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré
- T° = 39°5 C, FC = 125/mn, TA = 10/06 cm Hg, FR = 38/mn
- Panaris à l'index droit
- Rate palpable sous le rebord costal
- Souffle d'IM (Insuffisance mitrale) de 4/6
- Le reste de l'examen est sans particularités

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Staphylococcémie à porte d'entrée cutanée.

b. Quels sont vos arguments ?

- Altération de l'état général.
- Panaris : porte d'entrée.
- Fièvre à 39°C.
- Début brutal.
- Polypnée à 38/min.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémoculture avant toute antibiothérapie.
- Prélèvement de la porte d'entrée : panaris.
- Recherche de localisation secondaire : échographie cardiaque, radiographie pulmonaire.
- Antibiogramme.

d. Quel traitement de première intention prescrivez-vous à cette patiente ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Double antibiothérapie bactéricide, synergique, par voie parentérale, à longue durée :
* Oxacilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines avec relais à la 2ème semaine par Spiromycine à dose 100 mg/kg/j per os.
* Gentamycine 80 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10j
- Surveillance clinique.

2ème Période 2009

1. Quels sont les caractères distinctifs cliniques entre une TIA à Salmonelle mineure et une TIA à Staphylocoque ?

→ TIA à Staphylocoque :
- Durée d'incubation courte 3 à 6 h.
- Vomissement précoce et important.
- Absence de fièvre.

→ TIA à Salmonella :
- Durée longue de 10 jours.
- Vomissement peu abondant.
- Fièvre.

2. Quelle est votre CAT devant une fièvre typhoïde commune confirmée chez un jeune homme âgé de 16 ans et pesant 15 Kg ?

- Hospitalisation.
- Antibiothérapie à dose bactéricide, en intracellulaire. Thiamphénicol à dose augmentée progressivement, 4 x j, per os, à dose de 750 mg/j pendant toute la période fébrile et 2 semaines après apyrexie.
- Surveillance clinique et biologique : NFS/semaine.
- Rééquilibre hydro-électrolytique.

3. Vous êtes devant un enfant âgé de 14 ans, qui présente un syndrome méningé aigu fébrile. La PL retire un LCR clair avec les résultats suivants : 03 éléments (lymphocytes)/mm³, Albumine = 0,30 g/l, Glucose = 0,50 g/l (Glycémie = 1 g/l). A quoi pensez-vous ?

→ Au méningisme :
- Virose.
- PFLA.
- Fièvre typhoïde en phase d'état.
- Primo-invasion de paludisme.

4. Devant un exanthème fébrile, quels sont vos arguments diagnostiques en faveur d'une fièvre boutonneuse méditerranéenne ?

→ Anamnèse :
- Séjour en zone méditerranéenne.
- Pendant l'été : entre Avril et Novembre.

→ Clinique :
- Tâche noire de Pierl indolore.
- Fièvre à 40°C + Syndrome algique (Myalgies).
- Eruption maculo-papuleuse parfois prurigineuse.

5. Une jeune femme âgée de 30 ans, séropositive au VIH, se présente dans un tableau associant T° à 38°5, toux sèche avec dyspnée. Le téléthorax de face montre une image réticulo-micro-nodulaire, hilifuge, bilatérale, respectant les sommets. Le taux de CD4 est de 160/mm³. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Pneumocystose due au Pneumocystis carinii sur infection au VIH.

Cas clinique N°1 :

Fateh âgé de 16 ans, pesant 45 kg, habitant à Frenda, se présente à votre consultation pour difficultés à avaler avec fièvre depuis 03 jours.

*** A l'interrogatoire :**
- Pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers
- Statut vaccinal difficile à préciser

*** A l'examen clinique :**
- Patient fatigué, pâle
- T° = 38°2 C, FC = 105/mn, FR = 24/mn, TA = 10/05 cm Hg
- Amygdales tuméfiées, rouges, recouvertes d'un enduit blanchâtre ne se décollant pas facilement
- Adénopathies sous angulo-maxillaires bilatérales et sensibles
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités

a. Quel diagnostic évoquez-vous en premier lieu ?

- Angine diphtérique commune.

b. Quels sont vos arguments ?

- Statut vaccinal inconnu.
- Fièvre à 38°2 C.
- Dysphagie.
- Adénopathie.

- Aspect des fausses membranes.

c. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation et isolement.
- Déclaration obligatoire.
- Sérovaccination : sérum : 1000 U/kg = 45.000 U + Test de Besredka, Vaccin : J0, J3, J15.
- Antibiothérapie : Péni G : 4.5 U/J pendant 10j.
- Repos strict si myocardites associée.

d. Que faites vous pour les sujets contacts ?

- Porteurs sains : Extencilline pendant 3 à 6 jours à dose 600.000 U/j → enfant, 1.2 M U/j → adulte.
- Membres de famille : les vaccinés → rappel, et pour les non ou mal vaccinés → vaccin + sérum : 1000 à 5000 U.

Cas clinique N°2 :

Un lycéen âgé de 15 ans, originaire de Msila, consulte aux urgences pour maux de tête intenses, apparus depuis quelques heures accompagnés de vomissements.

*** A l'interrogatoire :**
- Notion de cas similaires
- Pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers
- Statut vaccinal correct pour l'âge

*** A l'examen clinique :**
- Patient conscient mais prostré et tournant le dos à la lumière
- Etat général altéré
- T° = 39°5 C, FC = 105/mn, TA = 10/06 cm Hg, FR = 26/mn
- Nuque raide
- Quelques taches rouges ne s'effaçant pas à la vitro pression au niveau du tronc
- Le reste de l'examen est sans particularités

*** L'hémogramme pratiqué montre : GB = 19.500/mm³ dont 90% de polynucléaires neutrophiles**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Méningite bactérienne aigue due à Méningocoque.

b. Quels sont vos arguments ?

- Anamnèse : notion de contage.
- Syndrome méningé fonctionnel : fièvre + vomissement.
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque, purpura pétéchial.
- Hyperleucocytose à PNN (90 %).

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- PL → LCR purulent, riche en PN, avec hypoglucorachie et albuminorachie 1 à 2 g/l.
- PCH du LCR → Neisseria méningitidis.
- Culture du LCR.
- Hémoculture.

d. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

- Péni A : on commence par Ampicilline en IVD pendant 5 jours à dose de 200 mg/kg/j, 4 x j, puis Amoxicilline 4 x j, à dose de 200 mg/kg/j per os. Si allergie : Chloramphénicol à dose 75 mg/kg/j en IVD pendant 10 jours.
- Vaccination du patient.

e. Quelles sont les mesures prophylactiques que vous préconisez ?

- Vaccination.
- Antibiothérapie par Spiromycine pendant 6 jours : 50 mg/kg/j → enfant, 2 g/j → adule.

3ème Période 2009

1. Citez 03 situations cliniques où vous devez pratiquer des hémocultures :

- Staphylococcie maligne de face.
- Fièvre prolongé et syndrome septicémique.
- Splénomégalie fébrile, méningococcémie suraigüe.

2. Devant une diarrhée aigue, quels sont les arguments qui vous permettent d'évoquer le choléra ?

- Début brutal + asthénie + angoisse.
- Diarrhée en grains de riz, 4 à 10 selles/j.
- Soif intense.
- Vomissement alimentaire puis bilieux.
- Apyrexie + conscience conservée.
- Myalgies + Crampes musculaires.
- Visage émacié.
- l'eau sèche et pli cutané + état de choc.
- Hypotonie et aréflexie.

3. Devant une paralysie flasque aigue, quels sont les critères différentiels entre la poliomyélite antérieure aigue et le syndrome de Guillain Barré ?

→ Le syndrome de Guillain Barré :
- Début progressif.
- Atteinte distale.
- Dissociation Alb/cytologique précoce.
- Symétrique.

→ PAA :
- Début brutal.
- Atteinte proximale.
- Dissociation tardive.
- Asymétrique.

4. Parmi les ATB suivants, lequel(s) est(sont) recommandé(s) dans le traitement d'une M.C.S : Céfacidal – Chloramphénicol – Doxycycline – Spiramycine – Amoxicilline – Gentamicine ?

- MCS → Chloramphénicol et Amoxicilline.

5. Citez 04 circonstances devant lesquelles vous proposez un dépistage systématique de l'infection VIH :

- Nouveau né de mère séropositive.
- Découverte de MST : Syphilis, Hépatite B.
- Bilan prénuptial.
- Accidents d'exposition au sang : personnels de santé piqués par une aiguille.

Cas clinique N°1 :

Un patient âgé de 40 ans, pesant 60 kg, originaire d'El Bayadh et y demeurant, nomade sans profession, se présente à votre consultation pour fièvre non chiffrée évoluant depuis 02 semaines, accompagnée de sueurs profuses et de douleurs articulaires diffuses.

*** A l'interrogatoire :**

- Pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers

- Consommation régulière des produits de l'élevage familial

- Présence d'un chien domestique

*** A l'examen clinique :**

- Etat général conservé chez ce patient fatigué

- T° = 39°C, FC = 110/mn, FR = 28/mn, TA = 11/07 cm Hg

- Panaris à l'index gauche

- Multiples ganglions palpables

- Pointe de rate

- Débord hépatique

- Le reste de l'examen clinique est sans particularités

*** Les examens complémentaires pratiqués en urgence montrent :**

- NFS : GB = 3000/mm³ dont 45% de PN, Hémoglobine = 13 gr/dl, Plaquettes = 130.000/mm³

- TGO = 110 UI/l, TGP = 180 UI/l

- Glycémie = 0,95 g/l

- Créatinémie = 12 mg/l

- Téléthorax : image thoracique normale

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Brucellose aigue.

b. Quel sont vos arguments ?

- Fièvre, sueur, syndrome algique, consommation de produits d'élevage et chien domestique.
- HPM + SPM + ADP.

→ Biologie :
- ↗ cytolyse hépatique.
- Thrombopénie et leucopénie.

c. Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérologie de Wright.
- IDR à la Militine.
- Coloration de Rose Bengale.

d. Rédigez la fiche thérapeutique de ce patient :

- Recherche de localisations secondaires par échographie pour traitement.
- Antibiothérapie double, à bonne diffusion lymphatique et intracellulaire, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j pendant 45 jours.
- Surveillance clinique et de l'effet secondaire de Rifampicine.

Cas clinique N°2 :

Une femme âgée de 60 ans, pesant 75 kg, originaire de Blida, consulte aux urgences pour une grosse jambe rouge et douloureuse évoluant dans un contexte fébrile depuis 48 heures.

*** A l'interrogatoire :**

- Notion d'un épisode similaire il y a 3 ans

- Patiente suivie pour varice des membres inférieurs

*** A l'examen clinique :**

- Etat général conservé

- T° = 39°C, FC = 108/mn, TA = 14/08 cm Hg, FR = 26/mn

- Au niveau de la jambe droite : présence d'un placard rouge, mal limité, chaud et douloureux à la palpation

- Adénopathie inguinale droite sensible

- Fissuration prurigineuse et suintante au niveau du 3ème espace interdigital du pied droit

- Le reste de l'examen est sans particularités

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Erysipèle du membre inférieur droit à porte d'entrée cutanée minime (fissure du 3ème espace interdigital) due au Streptococcus bêta hémolytique du groupe A.

b. Quels sont vos arguments ?

→ Anamnèse : varices (troubles de circulation).

→ Clinique : aspect du placard rouge sans bourrelet inflammatoire + ADP satellite + porte d'entrée.

c. Quel est le germe responsable ?

- Streptococcus Bêta hémolytique du groupe A.

d. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour le mettre en évidence ?

- Hémoculture.
- Prélèvement de la porte d'entrée.

e. Quelle est votre CAT devant cette patiente ?

- Hospitalisation.
- Traitement antibiotique : Péni G 10 à 20 M U/j en IM pendant 15 jours.
- Traitement anticoagulant : une injection Lovenox/j.
- Levé précoce.
- Traitement de la porte d'entrée pour éviter la récidive.

4ème Période 2009

1. Une fillette âgée de 6 ans, consulte pour troubles de l'équilibre avec incoordination des mouvements d'installation brutale. L'interrogatoire révèle la notion d'un exanthème prurigineux apparu 10 jours plus tôt. L'examen clinique ne note aucune autre anomalie et le LCR est normal. A quel diagnostic pensez-vous ?

- Varicelle compliquée d'une encéphalite.

2. Une jeune femme enceinte de 3 mois, enseignante dans une classe où un cas de rubéole a été déclaré, se présente à votre consultation.

a. Quel(s) risque(s) encoure-t-elle ?

- Rubéole congénitale évolutive.
- Embryopathie ou mort de fœtus = avortement.

b. Quel bilan préconisez-vous chez cette patiente ?

On demande une sérologie anti rubéole : si Ig G (+) → refaire après 15 jours.
- Si Ig G (-) → pas d'infection → continuer la grossesse.
- Si Ig G (+) → on fait Ig M :
* (+) infection récente
* (-) pas d'infection et la femme est immunisée.

3. Rédigez la fiche thérapeutique antibiotique d'un patient âgé de 40 ans, pesant 70 kg, qui présente une septicémie à Staphylocoque communautaire :

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Bi-antibiothérapie bactéricide, synergique, en IV, à durée de 6 semaines au minimum :
* Oxacilline 200 x 70 = 14 g/j, 4 x j, pendant 2 semaines IV.
* Gentamycine en IM pendant 10 jours, 2 x j, à dose de 2 mg/kg/j donc 140 mg/j en IM.
* Puis pour Oxacilline à la 2ème semaine : relais per os par Spiramycine 100 mg/kg/j = 7 g/j pendant 4 semaines.
* Si le germe est SMR : Vancomycine 60 mg/kg/j, 60 x 70 = 4.2 g/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines.
- Rechercher et traitement de la porte d'entrée.
- Levé précoce.
- Surveillance clinique.

4. Devant une méningite aigue à liquide clair, quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques en faveur d'une leptospirose ?

→ Arguments anamnestiques :
- Baignade dans l'eau polluée par urines des rats.
- Morsure de rat ou léchage de chien.
- Profession exposante : égoutier, éboueur.

→ Arguments cliniques :
- Syndrome infectieux : fièvre + syndrome algique.
- Syndrome cutanéo-muqueux : infection conjonctivale, herpès naso-labial.
- Syndrome ictérique.
- Syndrome hémorragique : épistaxis.
- Atteinte rénale : hématurie, oligurie.

→ Arguments paracliniques :
- TP normal.
- Transaminase normale et Bilirubine ↑↑.
- Anémie et leucopénie + thrombopénie.
- ↑ Urée et Créatinémie.

5. Un jeune éleveur de bétail, âgé de 32 ans, originaire de M'sila, présente une fièvre évoluant depuis 12 jours avec une splénomégalie de type I. Le bilan pratiqué montre les résultats suivants :
a. Hémocultures en cours
b. NFS : GR à 4200/mm³ dont 45% de PNN, Hémoglobine = 11 g/dl
c. Sérodiagnostic de Wright : 1/40
d. Sérodiagnostic de Widal et Felix
i. AO = 1/100 AH = 1/100
ii. BO = 1/400 BH1/ /200
iii. TO = 1/100TH= 1/100
Quel est votre diagnostic ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire due au Salmonella para typhii B.

Cas clinique N°1 :

Monsieur B. Mohamed, commerçant, âgé de 42 ans, pesant 60 kg, originaire d'El Eulma, consulte pour diarrhée aigue.
A l'interrogatoire :
- Séjour de 10 jours au Sénégal où plusieurs cas similaires ont été signalés.
- Le début des troubles remonte à 2 jours après son retour en Algérie.
- Prise irrégulière de Chloroquine durant son séjour au Sénégal
A l'examen clinique :
- Etat général altéré
- T° = 37°4 C, FC = 120/mn, FR = 26/mn, TA = 07/05 cm Hg
- Pli cutané
- Selles liquides, afécales, abondantes, à raison de 10 à 15 selles par jour.
- Douleurs abdominales à type de crampes.
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Choléra aigue.

b. Quels sont vos arguments ?

- Apyrexie, AEG, déshydratation, pli cutané.
- Douleur abdominale, crampe, hypotension artérielle.
- Séjour en zone endémique.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Quel en est l'agent responsable ?

- Culture des selles fraiches, matinales, conservées pendant au moins 2 heures à +4°C dans l'eau peptonée alcaline hypersalée.
- Agent responsable : Vibrion cholérique par toxine.

d. Quelle est votre CAT vis-à-vis de ce patient ?

- Hospitalisation et isolement.
- Mettre le patient sur 1 lit de diarrhéique avec 2 récipients : 1 pour les selles et l'autre pour les vomissements.
- On commence par la voie orale car il n'y a pas de vomissement et on demande au malade de boire à volonté pendant 24 h.
- Puis on fait bilan de déshydratation.
- Antibiothérapie : Doxycycline 2 g/j per os pendant 3 à 6 jours.

Cas clinique N°2 :

Un lycéen âgé de 16 ans, pesant 55 Kg, originaire de Blida, consulte aux urgences pour maux de tête intenses apparus le matin même, associés à des vomissements et à une fièvre à 39°.

A l'interrogatoire :

- Pas d'antécédent médicochirurgical particulier

- Notion de cas similaires dans la classe

A l'examen clinique :

- Patient prostré mais conscient, tournant le dos à la lumière

- T° = 39°C, FC = 108/mn, TA = 12/07 cm Hg, FR = 26/mn

- Limitation douloureuse de la flexion de nuque

- Aucun signe neurologique associé

- Herpès naso-labial

- Le reste de l'examen est sans particularités

- NFS : GB = 19.000/mm³ dont 87% de PNN.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu?

- Méningite bactérienne aigue due à Neisseria méningitidis.

b. Quels sont vos arguments ?

- Anamnèse : notion de contage
- Syndrome méningé fonctionnel : céphalée + fièvre + vomissement.
- Syndrome méningé physique : Raideur de la nuque et position en chien de fusil.
- Examen neurologique normal.
- Herpès nasolabial.
- Hyperleucocytose à PNN.

c. Quel est l'examen complémentaire qui vous permet de confirmer le diagnostic ? Et quels en sont les résultats attendus ?

- Ponction lombaire : LCR purulent, riche en PNN altéré et hypoglucorachie avec albuminorachie entre 0.5 à 1 g/l.
- Culture du LCR → Gram (-), Cocci en grains de café.
- Contre-immunoélectrophorèse.
- Hémoculture.

d. Quel traitement spécifique de première intention mettez-vous en route ?

- Traitement de 1ère intention : Pénicilline A pendant 10 jours.
- Ampicilline 200 mg/kg/j en IVD, 4 x j, pendant 5 jours puis relais Amoxicilline 200 mg/kg/j per os, 4 x j pendant 5 jours. Si allergie : Chloramphénicol 75 mg/kg/j en IVD pendant 10 jours.

e. Quelles sont les mesures prophylactiques que vous devez appliquer ?

- Vaccination → sérotype A, C, W135.
- Traitement antibiotique : Spiromycine 50 mg/kg/j pour l'enfant, Spiromycine 2 g/j pour adulte → pendant 6 jours.
- Isoler le malade pendant les 10 jours de traitement.

5ème Période 2009

1. Quel diagnostic devez-vous évoquer, en premier lieu, devant une toux émétisante chez un enfant âgé de 03 ans ? Et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Coqueluche
→ Arguments :
- Anamnestiques : âge de 3 ans et notion de contage.
- Cliniques :
* Au début, signes d'infection respiratoire banale puis apparition d'une toux paroxystique évoluant en quintes avec reprise en chant de coq.
* Expectoration muqueuse transparente.
- Biologique : hyperleucocytose pseudoleucémique.

2. Rédiger la fiche thérapeutique d'une angine diphtérique commune chez un enfant âgé de 7 ans et pesant 30 kg :

- Hospitalisation et isolement.
- Sérovaccination : sérum 1000 U/kg : 30.000 U (30 kg) avec méthode de Besredka + Vaccin en J1, J3, J15.
- Eviction pendant un mois.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Antibiotique : Péni G 3.000.000 U/j pendant 10 jours. Si allergie : Erythromycine 50 mg/kg/ = 1.5 g/j.
- Repos si myocardite associée.

3. Un jeune fellah, âgé de 25 ans, originaire de Ain Défia, présente une fièvre évoluant depuis 15 jours avec une splénomégalie de type I. Le bilan pratiqué en première intention montre les résultats suivants :

i. Hémocultures en cours

ii. NFS : GB = 3.900/mm³ dont 65 % de PNN, Hémoglobine = 10 gr/dl

iii. Sérodiagnostic de Wright : 1/20

iv. Sérodiagnostic de Widal et Félix :

1. AO : 1/100 AH : 1/200

2. TO : 1/100 TH : 1/100

3. BO : 1/400 BH : 1/200

Quel est votre diagnostic ?

- Fièvre typhoïde au 2ème septénaire due à la Salmonella para typhii B.

4. Monsieur M. Ali, âgé de 63 ans, jardinier, consulte pour difficulté à ouvrir la bouche. Aucun antécédent médicochirurgical n'est rapporté par le patient. A l'examen clinique :

- Etat général conservé

- T° = 37°2 C, TA = 14/08 cm Hg, FC = 70/mn, FR = 24/mn

- Limitation de l'ouverture de la bouche

- Le reste de l'examen est sans particularité

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Trismus bilatéral → Diagnostic : Tétanos.

b. Citez 02 autres étiologies ?

- Artérite temporo-maxillaire post sérothérapie.
- Alcalose métabolique.

5. Citez 04 situations cliniques où vous devez pratiquez des hémocultures :

- Syndrome septicémique : staphylococcémie, méningocémie.
- Ictère fébrile.
- Splénomégalie fébrile.
- Souffle cardiaque fébrile : endocardite infectieuse.

Cas clinique N°1 :

Un patient âgé de 63 ans, opéré de la prostate il y a 5 jours, présente une fièvre et des frissons évoluant depuis 36 heures.
L'examen clinique de ce patient porteur d'une sonde urinaire à demeure retrouve :
- Etat général altéré
- T° = 39°C, FC = 115 /mn, FR = 30/mn, TA = 10/06 cm Hg
- Rate palpable sous le rebord costal
- Le reste de l'examen clinique : sans particularité
Le bilan pratiqué en urgence révèle :
- NFS : GB = 21.000/mm³ dont 82% de MM, Hémoglobine = 10,5 gr/dl.
- Urée sanguine = 0,65 g/l, Créatinémie = 14 mg/l
- Transaminases: TGO = 75 UI/l, TGP = 80 UI/l
- Téléthorax normal

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Septicémie à BGN à porte d'entrée urinaire.

b. Quels sont vos arguments ?

- Anamnèse : post opéré de la prostate.
- Frison, fièvre.
- Tachycardie et polypnée.
- Altération de l'état général.
- Sonde urinaire à demeure.
- Cytolyse : presque 2 fois de la normale.
- ↑ Urée et Créatinémie.
- Hyperleucocytose à PNN.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Quel traitement prescrivez-vous immédiatement ?

- Hémoculture avant toute antibiothérapie aux pics thermiques.
- ECBU.
- Echographie rénale.
→ Traitement :
- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords.
- Double antibiothérapie, bactéricide, en IV : Cefotaxime (Claforan) 200 mg/kg/j en IV, 4 x j, 8 g/j pendant 6 semaines + Gentamycine à dose 80 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours. Si allergie : Fluoroquinolone.
- Surveillance clinique : localisations secondaires.

Cas clinique N°2 :

Monsieur B. Amar, âgé de 37 ans, célibataire, séropositif au VIH, consulte pour toux fébrile apparue depuis 04 jours.
A l'interrogatoire : arrêt du traitement antirétroviral par le patient depuis 02 ans.
A l'examen clinique :
- Etat général moyen
- T° = 39°5 C, FC = 90/mn, TA = 12/09 cm Hg, FR = 29/mn
- Râles crépitants à l'auscultation pulmonaire
- Le reste de l'examen est sans particularité

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Pneumocystose due à Pneumocystis careinii sur infection au VIH.

b. Citez 02 autres étiologies.

- Pneumopathie bactérienne.
- Mycobactériose typique ou atypique.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour asseoir votre diagnostic ?

- Téléthorax : syndrome interstitiel bilatéral.
- Gaz du sang : hypoxie et hypercapnie.
- Mise en évidence de parasite dans le liquide par le lavage broncho-alvéolaire (LBA).

d. Quel traitement spécifique mettez-vous en route ?

- Bactrim 100 mg/kg/j en IV ou per os pendant 21 jours.
- Puis chimio-prophylaxie secondaire par Bactrim.

6ème Période 2009

1. Une fillette âgée de 6 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, présente après 24 heures de fièvre isolée à 38-38°5 C, des lésions cutanées sur le tronc et le cuir chevelu, de type vésiculaire, non indurées, à base souple et à contenu clair, accompagnées de prurit.

a. Quel est le diagnostic que vous évoquez en premier lieu ? Et sur quels arguments ?

Diagnostic :
Varicelle.
→ Arguments :
- Age 6 ans.
- Fièvre.
- Eruption vésiculaire de siège au cuir chevelu et le tronc.
- Prurit

b. Quelle est votre CAT ?

- Traitement symptomatique en ambulatoire.
- Antihistaminique contre le prurit.
- Déclaration obligatoire de la maladie.
- Eviction scolaire de 2 à 3 semaines.

2. Devant une méningite aigue à liquide clair, citez 03 étiologies graves qu'il faut éliminer avant de retenir l'éventualité d'une méningite lymphocytaire aigue bénigne :

- M. tuberculeuse.
- M. bactérienne décapitée.
- M. à Méningocoque au stade de début.

3. Citez 03 antibiotiques utilisés dans le traitement curatif de la brucellose :

- Les cyclines : Doxycycline.
- Rifampicine.
- Co-trimoxazol.

4. Quelle est votre CAT devant une plaie ouverte souillée de terre chez un ouvrier agricole dont le dernier rappel DT remonte à 12 ans ?

- Désinfection de la plaie.
- Traitement au Péni G local pur éviter la surinfection.
- Dernière rappel > 10 ans ⇒ Sérovaccination sérum SAT + vaccin.

5. Un adulte jeune, séropositif au VIH, est admis aux urgences dans un tableau associant fièvre à 39°5 C, état de mal convulsif et hypodensité rehaussée par le produit de contraste, entourée d'une réaction œdémateuse à la tomodensitométrie cérébrale. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Leuco-encéphalite multifocale progressive (LEMP) sur infection au VIH.

Cas clinique N°1 :

Un homme âgé de 42 ans, commerçant, est reçu aux urgences pour fièvre d'apparition brutale accompagnée de frissons et de sueurs, suivis d'une altération de l'état de conscience.
*** A l'interrogatoire :**
- Pas d'antécédent médicochirurgical particulier
- Notion de séjour bref au Bénin où une chimio-prophylaxie à base de Chloroquine a été correctement prise
*** A l'examen clinique :**
- Etat général altéré
- T° = 40°C, FC = 120/mn, FR = 30/mn, TA = 09/06 cm Hg
- Score de Glasgow : 08
- Flèche hépatique = 14 cm
- ROT abolis
- Raideur de la nuque
- Le reste de l'examen clinique est sans particularités.
*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**
- NFS : GB à 4.000/mm³ dont 45% de PNN, Hb à 10 g/dl, Plaquettes à 85.000/mm³
- Glycémie à 0,95 g/l, Créatinémie à 14mg/l

- LCR clair, contenant 150 lymphocytes/mm³, albuminorachie à 0,50/l et glycorachie normale.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Neuropaludisme : accès pernicieux dû au P. falciparum avec résistance à la Chloroquine.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre + frisson + Sueur.
- Trouble de conscience : Glasgow à 8.
- ROT abolis.
- AEG.
- Syndrome méningé physique : raideur de la nuque avec PL : LCR clair + hypercytose.
- Hépatomégalie.
- Thrombopénie.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Quel en est l'agent responsable ?

- Goutte épaisse.
- Frottis sanguin.
- Agent responsable : Plasmodium falciparum

d. Quelle est votre CAT ?

→ Très important Glasgow à 8 : 4 gestes à faire ⇒
- Mettre sonde vésicale.
- Canule de MAYO.
- Deux voies d'abords
- Et 4 scoper le malade mettre un scope.

→ Mefloquine : 3cp puis 2 cp puis 1 cp à 8 heures d'intervalle.
- S'il va voyager vers ce pays une autre fois, il doit prendre Mefloquine 250 mg/semaine pendant 10 jours avant le départ + pendant le séjour + pendant 3 semaines après le retour.

→ Traitement symptomatique : transfusion plaquettaire.

→ Surveillance clinique.

Cas clinique N°2 :

Un jeune homme de 30 ans, sans antécédent médicochirurgical particulier, en camping à Jijel, consulte aux urgences pour fièvre apparue il y a 5 jours, associée à des douleurs ostéo-articulaires diffuses et à une fatigue intense.

*** A l'examen clinique :**
- **Etat général moyen**
- **T° = 40°C, FC = 130/mn, TA = 10/07 cm Hg, FR = 32/mn**
- **Exanthème maculo-papulaire généralisé**
- **Présence d'une ulcération cutanée à fond noirâtre, de 0.5 cm de diamètre, entourée d'un liséré rouge, siégeant au creux axillaire gauche.**
- **Le reste de l'examen est sans particularité**

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Fièvre boutonneuse méditerranéenne.

b. Quels sont vos arguments ?

- Séjour à Jijel : pourtour méditerranéen.
- Fièvre à 40°C.
- Syndrome algique : arthralgies.
- Eruption maculo-papulaire.
- Tache noire de Pieri.

c. Quel examen complémentaire devez-vous pratiquer pour confirmer votre le diagnostic ?

- Sérologie par IFI ou immunofluorescence.
- Biopsie cutanée, examen direct sur culture cellulaire.
- FNS : hyperleucocytose, Thrombopénie.

d. Rédigez la fiche thérapeutique de ce patient :

- Doxycycline 200 mg/j, 2 gélules/j, per os, pendant 10 jours.

Rattrapage 2009

1. Citez 05 étiologies devant une méningite à liquide clair :

- M. ourlienne.
- M. de leptospirose.
- M. de poliomyélite antérieure aigue.
- M. de coxackivirus.
- M. à échovirus.

2. Rédiger la fiche thérapeutique d'une PFLA chez un adolescent âgé de 16 ans et pesant 45 kg

- Amoxicilline 3 g/j per os, 3 x j, pendant 10j

3. Devant une éruption cutanée localisée au niveau du thorax chez un sujet âgé de 52 ans, quels sont les éléments cliniques qui plaident en faveur du zona ?

- Syndrome infectieux modéré, 38°C de fièvre.
- Adénopathie.
- Hypoesthésie cutanée.
- Eruption cutanée localisé unilatérale, au début : plaque érythémateuse puis apparition de vésicules qui se dessèchent et donnent des croutes qui tombent → cicatrices achromiques.
- Douleur à type de brulures.
- Guérison en 2 à 3 semaines.

4. Devant une fièvre avec leuco-neutropénie, quels sont les arguments épidémiologiques, cliniques et biologiques qui plaident en faveur du diagnostic d'une Fièvre typhoïde au 2ème septénaire ?

→ Anamnèse : Notion de contage.

→ Clinique :
- Diarrhée jaune ocre en jus de melon.
- Dissociation T°/ pouls → FC normale.
- Fièvre en plateau à 40°C.
- Tuphos et délire, inversion du rythme nycthéméral du sommeil.
- Taches roses lenticulaires à la partie basse du thorax et en haut de l'abdomen.

→ Biologique :
- Leuco-neutropénie.
- Hémoculture et coproculture (+).
- Sérodiagnostic de Widal et Felix (+).

5. Vous êtes devant un enfant âgé de 8 ans, allergique aux Bêta lactamines, atteint d'une MCS. L'antibiogramme du germe isolé donne les résultats suivants : Ampicilline = S, Amoxicilline = S, Céfotaxime = S, Erythromycine = S, Spiramycine = S, Chloramphénicol = S, Acide nalidixique = R, Gentamicine = S. Quel antibiotique prescrivez-vous à cet enfant ?

- Antibiotique → Chloramphénicol.

Cas clinique N°1 :

Un patient âgé de 32 ans, originaire de Ghardaïa, enseignant, sans antécédents pathologiques particuliers, consulte pour une fièvre évoluant depuis 02 semaines, accompagnée de sueurs et de douleurs articulaires diffuses.

*** A L'examen clinique :**

- Etat général conservé

- T° = 38°5 C, FC = 100/mn, FR = 28/mn, TA = 11/07 cm Hg

- Adénopathies cervicales et axillaires

- Rate palpable sous le rebord costal et débord hépatique

- Reste de l'examen clinique : sans particularité

*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**

- NFS : GR = 3.000/mm³ dont 40% de PNN, Hémoglobine = 11 gr/dl, Plaquettes = 140.000/mm³.

- Transaminases: TGO = 165 UI/l, TGP = 210 UI/l

- Téléthorax normal

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Brucellose septicémique aigue.

b. Quels sont vos arguments ?

- Fièvre + sueur.
- Syndrome algique : arthralgie.
- Adénopathies cervicales et axillaires
- Leuco-neutropénie.
- ↑ cytolyse hépatique.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Sérologie de Wright (+).
- Coloration de Rose Bengale.
- IDR à la Militine.

d. Quel traitement prescrivez-vous ?

- Hospitalisation.
- Double antibiothérapie à bonne diffusion intracellulaire et lymphatique, à dose bactéricide : Doxycycline 200 mg/j + Rifampicine 900 mg/j pendant 45 jours.
- Surveillance clinique.

Cas clinique N°2 :

Un écolier âgé de 9 ans, pesant 25 kg, demeurant à Sétif, est amené par ses parents aux urgences pour fièvre élevée associée à des frissons, apparus la veille et accompagnés de douleurs vives localisées à la jambe gauche avec difficultés à la marche.

*** A l'interrogatoire :**

- Notion de chute à vélo survenue une semaine auparavant, ayant occasionnée une plaie rétro- malléolaire gauche.

- Notion d'angines à répétition

- Absence de cas similaires

*** A l'examen clinique :**

- Etat général altéré

- T° = 39°5 C, FC = 110/mn, TA = 10/06 cmHg, FR = 28/mn

- Douleur tout autour du 1/3 supérieur de la jambe gauche avec chaleur locale

- Plaie suppurée rétro-malléolaire

- Le reste de l'examen est sans particularité

*** Le bilan pratiqué en urgence révèle :**

- NFS : GR = 20.000/mm³ dont 75% de PNN, Hémoglobine = 10,5 gr/dl, Plaquettes = 250.000/mm³

- Radiographie de la jambe gauche : pas d'anomalies

- Téléthorax normal.

a. Quel diagnostic devez-vous évoquer en premier lieu ?

- Staphylococcémie à porte d'entrée cutanée et localisation secondaire osseuse.

b. Quels sont vos arguments ?

- La porte d'entrée : plaie rétro-malléolaire suppurée.
- Altération de l'état général.
- Fièvre 39°5 C + tachycardie.
- Hyperleucocytose à PNN.

c. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

- Hémoculture : avant toute antibiothérapie et aux pics thermiques avec asepsie et multiples à intervalle d'1/2 heure.
- Prélèvement de la porte d'entrée.
- Antibiogramme.

d. Quelle est votre conduite thérapeutique ?

- Hospitalisation.
- Deux voies d'abords et mise en condition.
- Double antibiothérapie bactéricide, synergique, par voie parentérale, à longue durée : Oxacilline 200 mg/kg/j = 5 g/j en IVD, 4 x j, pendant 6 semaines avec relais à la 2ème semaine par Spiramycine per os 100 mg/kg/j = 2.5 g/j + Gentamycine 2 mg/kg/j = 50 mg/j en IM, 2 x j, pendant 10 jours.
- Surveillance clinique et radiologique.
- Levé précoce.